Schreiner (L. T.)

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Ludwig Theodor Schreiner

1887

THESE

APRESENTADA

Á

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 30 de Setembro de 1887

E perante ella sustentada em 29 de Dezembro do mesmo anno

PELO

DR. LUDWIG THEODOR SCHREINER

NATURAL DE BERLIM

Ex-interno da Casa de Saude e hospicio de alienados de S. Sebastião
ex-interno (por concurso) da 2ª clinica cirurgica da Faculdade (Prof. Lima Castro)
ex-interno (por concurso) da clinica obstetrica e gynecologica da
Faculdade (Prof. Erico Coelho)

Approvado com distincção

Laureado com a medalha de ouro (Premio Manoel Feliciano) por deliberação da congregação da Faculdade e sob proposta da respectiva commissão.

RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA, LITHOGRAPHIA E ELECTROTYPIA A VAPOR

LAEMMERT & C.

71, RUA DOS INVALIDOS, 71

1887

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR. — CONSELHEIRO DR. BARÃO DE SABOIA.
VICE-DIRECTOR. — CONSELHEIRO DR. BARÃO DE S. SALVADOR DE CAMPOS
SECRETARIO. — DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES

LENTES CATHEDRATICOS

DRS:

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica mineral medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medicas.
José Pereira Guimarães (Presidente)	Anatomia descriptiva.
Antonio Caetano de Almeida (Examinador)	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli	Physiologia theorica e experimental.
José Benicio de Abreu	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Barão de S. Salvador de Campos	Materia medica e therapeutica especialmente brazileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Visconde da Motta Maia	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e apparelhos
Conselheiro Nuno Ferreira de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro Barão de Torres Homem Domingos de Almeida Martins Costa	Clinica medica de adultos.
Conselheiro Barão de Saboia João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica de adultos.
Hylario Soares de Gouvêa (Examinador)	Clinica ophtalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo (Examinador)	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica.

LENTE SUBSTITUTO SERVINDO DE ADJUNTO

Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro (Examinador)	Anatomia descriptiva.

ADJUNTOS

. . . .	Physica medica.
. . . .	Chimica mineral medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica e zoologia medicas.
Genuino Marques Mancebo	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
. . . .	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e apparelhos.
. . . .	Materia medica e therapeutica especialmente brazileira.
. . . .	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislau de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologia.
Benjamim Antonio da Rocha Faria	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro Eduardo Augusto de Menezes Bernardo Alves Pereira Carlos Rodrigues de Vasconcellos	Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitas Crissiuma Francisco de Paula Valladares Pedro Severiano de Magalhães Domingos de Góes e Vasconcellos	Clinica cirurgica de adultos.
Augusto Brandão	Clinica obstetrica e gynecologica.
. . . .	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves Faria	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophtalmologica.
Domingos Jacy Monteiro Junior	Clinica psychiatrica.

N.B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas Theses que lhe são apresentadas.

Typographia Universal, Laemmert & C., r. dos Invalidos 71.

DISSERTAÇÃO

Tratamento da retenção de urina

PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DA FACULDADE

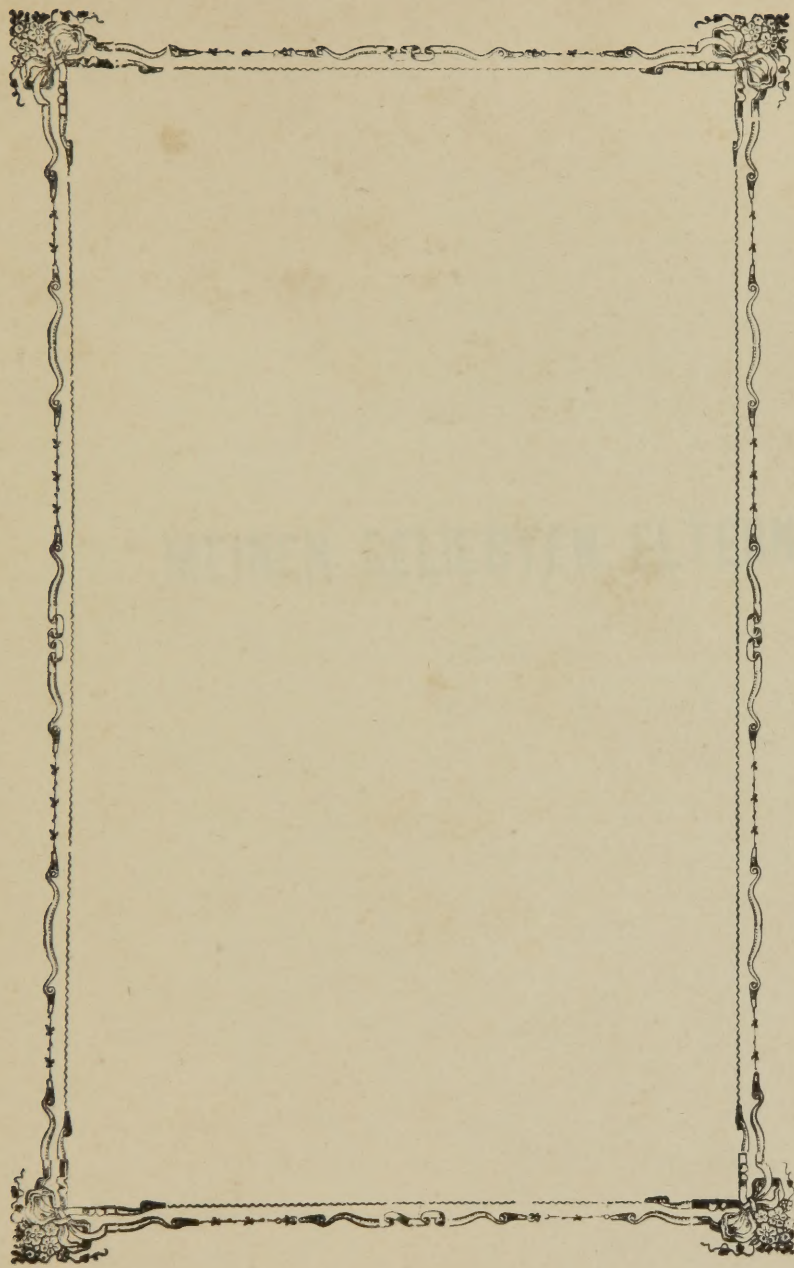
MESA EXAMINADORA

Dr. José Pereira Guimarães, presidente

Dr. Hilario Soares de Gouvêa

Dr. João Pizarro Gabizo

Dr. Antonio Caetano de Almeida

Dr. Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro

MEINEN GELIEBTEN ELTERN

Meinen lieben Grossvätern

Herrn Otto Schreiner
Herrn Theodor Raetz.

A Meus Mestres

Prof. Dr. José Pereira Guimarães
Prof. Dr. João da Costa Lima e Castro
Prof. Dr. Érico Coelho
Dr. Henrique Alexandre Monat

AO
EXM. SR. COMMENDADOR

José Marcellino Pereira de Moraes.

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRA PARTE

CAPITULO I

Limitação do assumpto

Definições.—Retenção, molestia. Retenção, symptoma e accidente.—Variedades.—Divisão.

Limitemos o assumpto de que nos vamos occupar :

« La retention d'urine est l'impossibilité d'émettre naturellement par l'urèthre partie ou totalité de l'urine contenue dans la vessie. » Esta definição do professor Guyon (*Traité des maladies des voies urinaires*) circumscreve a nossa tarefa, excluindo a retenção physiologica e restringe-nos ao terreno da cirurgia das vias urinarias, porque não comprehende as retenções além da bexiga. Para quem não tiver em mente que o notavel professor quiz ficar no terreno da especialidade clinica, a definição parecerá deficiente: de facto, não comprehende ella todas as entidades classificadas sob a mesma denominação, encarando as retenções pela face anatomo-pathologica.

Civiale, Ch. Horion e muitos outros, definindo a retenção, abrangem a repleção physiologica da bexiga, mas não a hydronephrose, por exemplo : « La retention d'urine est l'accumulation de ce liquide dans la vessie » (Horion).

O maior numero dos autores que se têm occupado deste assumpto, restringem-se aos termos da definição de Guyon.

« A retenção de urina, diz Dittel, é o estado da bexiga em virtude do qual esse orgão acha-se impossibilitado de expellir o seu conteúdo por meio de contracções. »

Excluida, pois, a retenção physiologica, até onde iremos no terreno clinico? As definições citadas só se referem ás retenções na bexiga, entretanto um tumor abdominal, fibroma do utero ou kysto de ovario, por exemplo, pelo seu crescimento chega por vezes ao ponto de, comprimindo um ureter, impedir que a urina, elaborada pelos rins, se escôe até á bexiga. A dilatação desse canal, pela estagnação da urina, cuja quantidade vai-se augmentando sempre, a sua accumulação nos bassinetes, formão verdadeiros kystos : é a hydronephrose, verdadeira retenção de urina antes que esta chegue á bexiga.

A definição do meu mestre, o Sr. Professor Lima Castro (*These inaugural*): « Retenção é o accumulo de urina determinado por uma causa pathologica qualquer, em qualquer parte do apparelho urinario » nos faria ir por demais longe. Mesmo lata como é, não comprehende ella todos os casos, porque exclue a retenção physiologica. Julgamos ter limitado o nosso trabalho : só nos occuparemos com as retenções que reclamão ou podem reclamar tratamento cirurgico ou estão ligados a traumatismos. Restringimo-nos á retenção na bexiga, ficamos no campo da cirurgia das vias urinarias, não iremos além das retenções que abrangem a definição do professor Guyon.

Retenção não é uma entidade morbida distincta, uma molestia com lesões anatomo-pathologicas definidas, mas um phenomeno deuteropathico. Por conseguinte, é um symptoma ou uma complicação intercurrente; mas com syndroma proprio, com fórma de tal gravidade, póde revestir-se de circumstancias taes, que exija a intervenção immediata; por isso, clinicamente, póde ser elevada ao gráo de molestia, e Guyon, com razão, diz que um symptoma que adquire intensidade

tamanha, a ponto de não sómente perturbar uma funcção por si só, mas aniquilal-a, se transfórma em molestia. E realmente, quem tiver presenciado os soffrimentos crueis de um doente atacado de retenção, suas dôres intensas e constantes, suas torturas, que constituem verdadeiros paroxysmos e attingem ao delirio, quem recordar-se das consequencias de uma retenção, concordará que este accidente impressiona muitas vezes mais a attenção do clinico, do que a lesão que a determinou exigindo uma solução prompta ainda que não definitiva quanto á causa primordial, com o fim de evitar a infecção urinosa, a ruptura da bexiga, ou, mais commummente, da urethra, a infiltração da urina pelo escroto, perineo e côxas, a gangrena consecutiva, a infecção purulenta, a septicemia, sem contar os casos benignos em que a inercia vesical virá a constituir uma enfermidade difficil ou impossivel de debellar.

Alguns autores classificão tres gráos distinctos de retenção: no primeiro, a micção acha-se apenas embaraçada e é acompanhada por tenesmos vesicaes (*dysuria*); no segundo, a urina é expellida, gotta a gotta, á custa de esforços dolorosos (*stranguria*); no terceiro, ha impossibilidade absoluta de emittir o liquido urinario (*ischuria*). A menos, porém, que um individuo tenha perdido a sensibilidade, a retenção aguda e mesmo as estagnações, são seguidas de dysuria e, por via de regra, de stranguria. Esta divisão não tem, portanto, importancia capital ; as tres especies confundem-se entre si e poderião, quando muito, constituir gráos ; além disso, a dysuria e a stranguria nem sempre indicão retenção.

Julgamos, pois, mais razoavel e pratico dividir as retenções em completa ou absoluta e incompleta, divisão esta que bem traduz os factos clinicos. Essas duas variedades, podem confundir-se no mesmo individuo, é verdade; póde mesmo uma dar logar á outra ; mas ha entre ellas caracteres

distinctivos, e, exceptuando os casos de hypertrophia da prostata, as indicações tambem formão grupos distinctos.

Civiale divide a retenção em duas grandes classes, conforme a pathogenia ; assim reserva elle o nome de *retenção* para os casos em que o accumulo da urina na bexiga é devido a um obstaculo mechanico que impede a micção.

Quando, porém, a bexiga acha-se impossibilitada de expellir o liquido que contém, como succede na paralysia ou atonia, chama elle esse estado *estagnação*. A retenção, portanto, é de ordem mechanica ou de ordem dynamica, classificação seguida por alguns praticos.

Reliquet divide as estagnações : 1° estagnações vesicaes, as quaes elle ainda subdivide em geraes e locaes ; 2°, estagnações urethraes; 3°, estagnações ureteraes ou uretero-renaes.

Só nos interessão os dous primeiros grupos. As estagnações vesicaes geraes são retenções incompletas, assim como o são as locaes ; mas differencião-se do seguinte modo : nas ultimas a bexiga, depois de cada micção, guarda certa cópia de urina nos diverticulos e nas depressões que a mucosa fórma pela saliencia das columnas ; nas geraes, a bexiga não soffreu estas alterações (formação de columnas, diverticulos e depressões), mas a saliencia da prostata e a inercia impossibilitão a emissão total.

CAPITULO II

Retenções devidas a estreitamentos organicos da urethra

Divisão das causas da retenção de urina. Fórmas de retenção ligadas ás molestias das vias urinarias. Observação. Etiologia, Pathogenia e Mechanismo da retenção nos estreitamentos. Regorgitamento. Incontinencia. Atonia da bexiga.

Ja tivemos occasião de dizer que a retenção de urina é um accidente deuteropathico, consecutivo a diversos estados morbidos. Esses estados morbidos ou causas da retenção são

tão numerosos e variados que a sua simples enumeração já seria um trabalho bastante difficultoso, quanto mais uma classificação methodica e completa, que incluisse, de modo synoptico, todos os factores capazes de determinar a retenção de urina. Mas assim como não se póde, em clinica, estabelecer e indicar um tratamento apropriado a uma molestia qualquer, sem estudar bem a sua etiologia e pathogenia, assim tambem não nos devemos esquivar dessa tarefa antes de tratar do assumpto propriamente dito da nossa these. Faremos notar, porém, que sempre encaramos o assumpto debaixo do ponto de vista da cirurgia das vias urinarias, deixando de parte ou tocando apenas nas molestias, que pertencem exclusivamente ao dominio da pathologia interna. Estudemos, pois, as fórmas clinicas mais frequentes e importantes da retenção, aproveitando, dentre muitos, os casos mais interessantes que tivemos occasião de observar.

Trataremos em primeiro logar das retenções ligadas ás lesões das vias urinarias, que Guyon divide em 5 especies distinctas, a saber:

1.ª Retenções de causa inflammatoria, congestiva e spasmodica;

2.ª Retenções devidas a estreitamentos da urethra;

3.ª Retenções dos prostaticos;

4.ª Retenções de origem traumatica;

5.ª Retenções de causa mechanica.

Iniciemos o nosso estudo pela retenção de urina que se acha ligada ás coarctações organicas da urethra.

OBSERVAÇÃO I. — Retenção. — Estreitamento da urethra. — Divulsão. — Cura.

Em 6 de Julho de 1886, entrou para o serviço do Professor Lima Castro um doente de côr parda, de 40 annos de edade, solteiro, pintor, indo occupar o leito n. 16.

Procedendo ao exame desse paciente immediatamente após a sua entrada para o hospital, verificámos tratar-se de um individuo de constituição fraca, pronunciadamente anemico, ligeiramente febril, com pulso frequente e pequeno, e lingua secca. Esse doente estava muito agitado, retorcia-se no leito, pedia com instancia, que o fizessem urinar e tinha as vestes embebidas de urina de um cheiro fortemente ammoniacal. Forneceu-nos a seguinte :

Anamnese. Teve, ha cerca de 5 annos, uma blennorrhagia, que durou um anno com intervallo de dous mezes de cura apparente. Sentio, ha tres annos, pela primeira vez pequeno embaraço na micção, notando que o jacto tornava-se delgado irregular e difficultoso ha um anno a essa parte, peiorando sensivelmente nos ultimos seis mezes.

Nessa época, então, lutava com grandes embaraços e dôres para emittir a urina, principalmente de manhã ao levantar-se. Dous mezes antes da sua entrada para o hospital, vio-se impedido de trabalhar, começando a impossibilidade de esvasiar a bexiga. Pela micção expellia de cada vez cerca de uma colhér de urina, e a bexiga, permanecendo repleta, dava-se regorgitamento, em virtude do qual perdia a cada instante e involuntariamente pequenas quantidades de urina, soffrendo dôres fortissimas, que augmentavão com cada esforço que fazia no intuito de alliviar a bexiga.

Accessos febris, precedidos de calefrios, repetião-se a miudo.

Status praesens. O exame local revelou-nos matidez á percussão na região hypogastrica, até quatro dedos transversos acima do pubis, notando-se, porém, que o globo vesical não fazia saliencia no baixo ventre. Ao toque rectal não descobrimos nada de notavel para o lado da prostata, mas deprimindo ao mesmo tempo a parede abdominal, sentimos o movimento communicar-se ao dedo explorador pela parede anterior do recto.

Marcha e tratamento. Chegando o Dr. Pedro S. Magalhães, explorou este a urethra do doente por meio de sondas de gomma de diversos calibres; porém, nem as velas capillares puderão penetrar até á bexiga. Estas ultimas transpunhão apenas uma coarctação do canal na porção peniana, mas encontrando um segundo estreitamento ao nivel da porção bulbosa, alli esbarravão. O Professor Lima Castro tentou por sua vez nesse dia penetrar na bexiga, mas a tentativa foi tambem infructifera. Prescreverão-se banhos quentes repetidos e uma poção calmante. A' tarde, encontrámos o doente com a temperatura de 39°, ainda muito agitado e nervoso ; pelo que fizemos-lhe uma injecção hypodermica de morphina e mandámos insistir nos banhos mornos, durante os quaes—disse-nos o paciente—sempre conseguia emittir algumas onças de urina.

Dia 7 de Julho.—O Dr. Magalhães, apóz repetidas tentativas, conseguio nesse dia, introduzir uma vela conductora até á bexiga, aproveitando esta circumstancia, introduzio o divulsor Lefort, o menos calibroso, collocando após isso uma sonda molle n.° 15 em permanencia, pela qual se deu sahida a mais de um litro de urina avermelhada e escura, francamente ammoniacal. Prescreveu-se um gramma de sulfato de quinina para tomar em duas dóses. Apezar disso, o doente á tarde teve novo accesso febril precedido de calefrio.

Dia 8 de Julho.—O paciente sente-se mnito melhor, diz ter passado bem a noite, está apyretico e a urina apresenta-se mais clara e sem cheiro. Retira-se a sonda e receita-se 0,60 grammas de sulfato de quinina. T. á tarde 37,4,

Nos dias 9 e 14 fez-se a dilatação gradual por meio das sondas de calibre 16 a 18.

Dia 15.—Tendo o doente adquirido um pequeno corrimento sero-purulento após o emprego da sonda em permanencia no dia da operação, prescreveu-se injecções urethraes de uma solução de sulfato de zinco a 0,50 °/₀.

No dia 24 passando facilmente uma sonda de calibre 19, o doente teve alta com a recommendação de usar sempre de sondas dilatadoras.

Vejamos de que maneira estavão ligados neste doente os embaraços da micção á molestia, que os determinou—o estreitamento. Teremos de analysar por conseguinte em primeiro logar a dysuria, que se manifestava no começo da molestia, de manhã. Em seguida temos a stranguria em virtude da qual o doente se achava impossibilitado de esvasiar de todo a bexiga, e em ultimo logar temos a perda involuntaria de urina. Desde que existe ao nivel de um estreitamento uma diminuição no calibre da urethra, sufficiente para embaraçar a passagem do jacto de urina, impellido pela bexiga, esta redobra de energia, vence o obstaculo e a micção faz-se regularmente. Mas quando a coarctação continúa a reduzir a luz do canal, a bexiga torna-se impotente para subjugar a resistencia maior, cessando as contracções do orgão, antes que esteja completamente esvasiado. Ora essa impotencia da bexiga para expellir todo o liquido urinario, póde apparecer de duas maneiras, ou gradualmente, á medida que a cicatriz, assestada na urethra se retrahir, ou de chofre em virtude de um estado inflammatorio agudo ou uma simples congestão de que a urethra participe. Pois bem, em virtude do decubitus durante a noite, dá-se uma congestão dos orgãos genito-urinarios, congestão essa, que augmentando a coarctação, torna impossivel por algum tempo, passageiro é verdade, a emissão da urina.

Eis a razão pela qual o doente em questão tinha essas

retenções matutinas, que Guyon denomina muito bem—*retardamentos da micção.* A mesma cousa ter-se-hia dado no nosso doente, e deu-se talvez, em qualquer hora do dia ou da noite depois de uma abundante refeição, apóz uma libação copiosa ou algum excesso sexual. A' medida, porém, que o estreitamento progredia, a fraqueza da bexiga transformou-se em estado chronico, appareceu a estagnação vesical geral, que tomou proporções taes que o reservatorio urinario conservava-se permanentemente em dilatação mais ou menos completa, pelo que o doente só emittia quantidades insignificantes de urina. Afinal, porém, chegou um momento em que a bexiga não se podia distender mais sem que o collo se resentisse desse accumulo exagerado de liquido.

Em virtude da compressão produzida pelos musculos abdominaes e do perineo e pelas massas intestinaes, sobre a bexiga destendida, o sphincter do collo, que tinha resistido até então, cedeu, e uma certa quantidade de urina era expellida para o exterior. Esse phenomeno repetia-se a cada instante, continuando a retenção.

Eis o que se chama *regorgitamento de urina*, que todos os dias é confundido com incontinencia, e muitas vezes os doentes munem-se de apparelhos, destinados a recolher a urina que se escôa involuntariamente, sem pensar sequer que elles trazem sempre uma bexiga repleta.

Assim o nosso mestre o Dr. Pedro S. de Magalhães communicou-nos um caso em que até diversos medicos tinhão se deixado illudir sobre a verdadeira causa dessa falsa incontinencia.

OBSERVAÇÃO II :—Retenção com regorgitamento.— Mal de Pott.

Tratava-se de uma senhora de cêrca de 30 annos de idade, brazileira, solteira, professora, de estatura pequena, esqueleto mal conformado e rachitica, que consultou ha 3 annos o Dr. M. referindo que havia 5 ou 6 mezes que soffria de incontinencia

de urina e que em virtude deste incommodo tinha consultado diversos profissionaes. Mas apezar de todas as medicações, a que tinha sido submettida, não experimentava melhoras, estando sempre com as roupas imbebidas de urina ammoniacal. O Dr. M., fazendo um exame detalhado dessa paciente, encontrou que não se tratava de incontinencia, porquanto pela introducção de uma sonda molle, de Nélaton, na bexiga, obteve o esvasiamento desse orgão, que continha perto de 2 litros de urina. Procurando então verificar qual era a causa que determinasse essa retenção, o Dr. M. praticou o toque vaginal e encontrou assim, a 3—4 centimetros mais ou menos para trás da symphyse pubiana e quasi na mesma altura, o promontorio do sacro, que tinha sido deslocado até esse ponto em virtude de uma lordose lombar, devida a mal de Pott. O promontorio impellindo o utero para diante e fazendo com que este orgão perdesse suas relações anatomicas normaes, seguira-se que o utero por sua vez tomasse uma posição viciosa de anteversão e comprimisse a urethra de encontro ao pubis, determinando desta fórma um obstaculo mechanico á emissão livre de urina accumulada na bexiga. Ao menor esforço da doente, como sejão tosse ou contracção das paredes abdominaes, pela pressão inter-abdominal deslocavão-se os orgãos da pequena bacia, entre elles o utero, a compressão da urethra cessava e a bexiga repleta, vencendo ao mesmo tempo a resistencia do sphincter vesical, fazia com que uma pequena quantidade de liquido fôsse expellida.

Não podemos deixar de citar aqui as palavras do Professor Thompson a proposito dessa falsa incontinencia:

« E' notavel com que frequencia se dão erros de apreciação relativamente á micção involuntaria—muitas vezes chamada sem razão *incontinencia* — não sómente por parte dos doentes, como tambem dos medicos. E' facil deixar-se illudir pela affirmação do doente, que elle não urina pouco, mas pelo contrario a miudo e abundantemente; que sua bexiga está completamente vazia e que se trate de fazer com que elle possa reter a sua urina em vez de procurar extrahil-a. E' digno de nota como estes commemorativos ás vezes influem sobre o espirito do medico. E' preciso ter sempre em mente que a micção involuntaria indica retenção e não incontinencia. »

E, com effeito, uma falsa apreciação dos factos póde conduzir a consequencias muito graves, sobretudo relativamente ao tratamento que deve ser instituido.

Eu dou grande importancia a essa circumstancia, diz Thompson, porque já tenho visto sacrificar vidas pela omissão desse ponto. Eu tenho autopsiado cadaveres de individuos, fallecidos em consequencia de uma retenção, que não tinha sido diagnosticada durante a vida; os medicos tinhão-se deixado illudir pelo facto de que a urina se escoava constantemente e na apparencia com tanta facilidade.

Quando, porém, a dilatação exagerada da bexiga tem persistido por muito tempo, sobrevem um novo phenomeno, em virtude do qual o orgão perde a sua faculdade de contrahir-se, para cahir em estado de inercia completa, á qual se dá o nome de *atonia* e que vem a constituir uma nova causa de retenção. Assim como, por exemplo, o utero, distendido em excesso, por grande massa de liquido amniotico, obriga o parteiro a fazer uma applicação de forceps, ou como um estomago, que costuma ser sobrecarregado por excessiva cópia de alimentos, que não póde digerir, se dilata e por fim perde seus movimentos peristalticos, assim tambem acontece com a bexiga. Nos tres casos dá-se o mesmo processo pathologico.

A fibra muscular lisa, submettida a um trabalho, que não póde executar, e soffrendo ao mesmo tempo uma distensão consideravel, perde seu funccionalismo, isto é, o poder contractil. Removendo ainda em tempo a causa da retenção, a fibra muscular da bexiga readquire seu tonus; mas quando a retenção, e por conseguinte, a dilatação vesical persistir, a *restitutio ad integrum* não se faz e a atonia permanece, como tivemos occasião de observar em um caso, que passamos a referir.

OBSERVAÇÃO III. Retenção completa. Estreitamento organico da urethra. Atonia da bexiga. Cystite. Cura incompleta

Antonio André, 45 annos, branco, portuguez, trabalhador, entrou no dia 21 de Março de 1887 para a 2ª Clinica Cirurgica da Faculdade, indo occupar o leito n. 27.

Anamnese : Sendo moço esse doente teve diversas blennorrhagias e diz soffrer de difficuldade na emissão das urinas ha 26 annos. Teve por diversas vezes retenções absolutas, consecutivas a excessos de trabalho, cedendo porém espontaneamente ao repouso, banhos e outros meios brandos. Ha cerca de oito mezes urina ás gottas, a miudo e involuntariamente, incommodo que o paciente julga achar-se ligado a uma incontinencia de urina, da qual elle procura curar-se no hospital. Não faz uso de bebidas alcoolicas, nunca foi operado nem sondado, já soffreu muito de achaques palustres, o que é confirmado pela spleno e hepato-hypermegalia, que o enfermo apresenta. Além disso ha um descoramento pronunciado das conjunctivas.

Status præsens.— Examinando a região hypogastrica encontra-se um tumor globuloso, dando som escuro á percussão, o que faz crêr que se trate de uma retenção de urina.

O exame da prostata nada de anormal revelou. O Dr. Domingos de Góes, procedendo ao catheterismo explorador, encontrou ao nivel da porção bulbo-membranosa da urethra uma coarctação, que, com bastante difficuldade e após repetidas tentativas, foi atravessada por uma vela conductora. A' vista do estado da bexiga deliberou-se operar immediatamente o doente.

Marcha e tratamento.— O Dr. Domingos praticou a divulsão com os tres divulsores de Lefort. Retirando o ultimo, a urethra deu algum sangue e collocando-se em seguida uma sonda de Nélaton (14), de demora, extrahio-se por essa occasião mais de 800 grammas de urina extremamente ammoniacal. Prescreveu-se sulfato de quinina.

O doente teve á tarde uma reacção febril precedida de calefrio. Temperatura 39°.

Durante a noite o doente retirou a sonda, de maneira que o encontrámos no dia seguinte, de manhã, com nova retenção. O Dr. Domingos, querendo extrahir a urina por meio de outra sonda de Nélaton, encontrou grande difficuldade e teve de recorrer a um catheter metallico, pelo qual a bexiga foi esvasiada, sendo a urina (600 grammas), muito escura e ammoniacal. Deixou-se depois uma nova sonda, de demora, que foi retirada 3 dias depois, de manhã. A' tarde do mesmo dia já o doente tinha nova retenção de urina, que podia ser attribuida sómente a uma atonia da bexiga, visto como a urethra se achava perfeitamente dilatada, a prostata normal e havia ausencia de spasmos. Foi preciso, pois, dahi em diante sondar o doente duas vezes por dia para extrahir-lhe a urina.

Oito dias depois da operação, o doente sondando-se com uma sonda metallica, que encontrára casualmente, praticou um caminho falso, acima do bulbo, o que deu logar a uma abundante hemorrhagia. No mesmo dia e com muito trabalho, Dr. Góes conseguio restabelecer a continuidade do canal, deixando de novo de demora uma sonda de Nélaton (16), introduzida por meio de mandarim. Depois deste accidente a cystite aggravou-se a tal ponto que foi indispensavel fazer, duas vezes ao dia, lavagens da bexiga com a seguinte solução :

Acido borico................................	10 grammas
Agua..	300 »

No dia 31 de Março manifestou-se ictericia pronunciada, voltando os accessos febris com typo quotidiano.

Dias houve, em que a temperatura attingio 40°, o que reclamou o emprego de dóses elevadas de sulfato de quinina. Continúa a retenção de urina, mais completa, ficando o doente outra vez com sonda em permanencia.

Até o dia 5 de Maio o doente achava-se restabelecido da cystite, continuando, porém, a retenção. T. normal, ligeira ictericia.

Dia 6 *de Maio.* — O Professor Lima Castro prescreve Xarope de Easton, para tomar duas colhéres de chá por dia e applicação quotidiana de correntes faradicas para despertar a tonicidade muscular da bexiga, visto como o doente não consegue emittir uma gotta de urina sem auxilio da sonda. A retenção rebelde explica-se perfeitamente pela antiguidade do estreitamento e pelo longo tempo que o doente soffreu de retenção, acarretando profunda atonia das paredes musculares do reservatorio urinario.

Dia 7 *de Maio.*— Além da medicação estabelecida, Dr. Lima Csstro manda fazer injecções hypodermicas de tintura de ergotina de Ivon, no hypogastro.

Dia 8 *de Maio.*— A urina torna a apparecer sanguinolenta e carregada de pús e mucosidades. Receitou-se agua oxygenada para lavagens vesicaes, duas vezes por dia. A bexiga supporta 50 grammas de liquido.

Dia 9 *de Maio.*—Catheterismo; extracção de urina muito purulenta; lavagens da bexiga, electricidade, injecção hypodermica de ergotina. O doente está abatido. T. 40°. P. 110, lingua secca, ligeiramente esbranquiçada. Figado congestionado e doloroso á pressão. Foi prescripto purgativo salino, poção diaphoretica e sulfato de quinina.

A' tarde T. 37°,3.

Dia 10 *de Maio.*— O doente diz ter urinado durante a noite pela primeira vez sem auxilio da sonda e guardou essa urina (100 grammas mais ou menos), ainda bastante purulenta. O exame microscopico revelou globulos vermelhos, leucocytos, grande numero de globulos de pús e cellulas epitheliaes pavimentosas. Ausencia de cylindros. O doente tem emmagrecido; anorexia. T. 40°,3. Lavagem da bexiga, sonda de Nélaton em permanencia. Rp. bebida de Stoll, vinho quinado, sulfato de quinina. A' tarde T. 39°.

Dia 11 *de Maio.*— O doente tem urinado pela sonda; urina mais clara, porém ainda purulenta. A bexiga chega a supportar mais ou menos 150 grammas. T. 38°, 5. Nos dias subsequentes houve melhoras da cystite, que finalmente cedeu ás repetidas lavagens e ao uso dos balsamicos. Os accessos de malaria tornarão-se mais raros e desapparecerão de todo. O appetite voltou e o doente restabeleceu-se pouco a pouco do profundo abatimento em que se tinha achado.

Sómente a retenção não cedia, apezar de todos os recursos therapeuticos empregados. Em principio de Junho o doente pedio alta, comportando a urethra uma sonda do calibre 19.

CAPITULO III

Retenções de urina ligadas a molestias da prostata

Hypertrophia da prostata, uma sclerose. Etiologia e mechanismo da retenção. Observação. Frequencia da hypertrophia da prostata e da retenção por ella causada. Observação.

No capitulo precedente tratámos das diversas fórmas de retenção ligadas aos estreitamentos organicos do canal da urethra. Passaremos agora a estudar as feições, que póde tomar a retenção de urina, quando ella se prende a molestias da prostata, entre as quaes occupa o primeiro logar a hypertrophia dessa glandula.

Parece á primeira vista que esse assumpto hoje em dia já esteja esgotado e sufficientemente discutido pelos trabalhos detalhados de Mercier, Civiale, Thompson e outros, mas é inegavel que os estudos modernos, feitos por Guyon e seus discipulos, trazem cada dia novas luzes e novos pontos de vista muito preciosos sobre tudo quanto diz respeito á pathologia e therapeutica das vias urinarias.

Assim Guyon, estudando a hypertrophia da prostata e suas consequencias, tomou como ponto de partida as differenças notaveis, que essa molestia apresenta em sua marcha e evolução, relativamente a outras affecções do apparelho genito-urinario. Observações minuciosas feitas á cabeceira do doente suggerirão-lhe em primeiro logar a idéa de que nessa molestia se tratava de um phenomeno peculiar e que as desordens para o lado da micção não podião ser consideradas, segundo a doutrina corrente, como simples perturbações mechanicas, devidas a um obstaculo opposto á livre emissão da urina.

Comparando, por exemplo, a inflammação da bexiga dos

doentes, que soffrem de estreitamento, com a cystite prostatica, encontrão-se caracteres distinctivos bem pronunciados: aquella é um epiphenomeno muito raro e tardio, esta ultima, a cystite dos prostaticos, pelo contrario, é eminentemente frequente e possue uma particularidade quasi pathognomonica, que consiste na vontade de urinar, muitas vezes repetida durante a noite. A pesquiza dos dados etiologicos recahia em primeiro logar sobre a influencia decisiva da edade, ficando todas as outras, accusadas como causas de hypertrophia, em segundo plano, a saber: excessos venereos, abuso do alcool, blennorrhagias antigas etc. Foi, pois, uma lembrança feliz de ter-se submettido de modo systematico os orgãos urinarios de individuos fallecidos em edade senil, a exames anatomo-histologicos.

Esse trabalho, ao qual Launois se dedicou com bastante criterio, trouxe de facto os esclarecimentos desejados e demonstrou que na edade avançada se dão, no dominio de todo o apparelho urinario, alterações especificas de natureza sclerotica.

Esta sclerose não affecta sómente as tunicas vasculares, mas tambem o tecido conjunctivo das mucosas e glandulas, determinando desta maneira nos rins aquellas cirrhoses conhecidas, que, por via de regra, são insignificantes ; na bexiga produz o espessamento das paredes desse orgão formando a *vessie à colonnes* dos Francezes ; na prostata finalmente dá logar á formação de tecido conjunctivo fibroso, á chamada hypertrophia.

Passo a passo, com estes processos scleroticos marcha um embaraço de circulação nos orgãos affectados, que tem por consequencia uma nutrição incompleta e principalmente stase venosa e congestão. Vê-se por ahi que a bexiga senil em si só já é um orgão enfraquecido. E' verdade que ella muitos vezes parece estar hypertrophiada, como a de um

doente moço soffrendo de estreitamento, mas na realidade só existe uma pseudohypertrophia; seus elementos musculares achão-se diminuidos á custa do tecido conjunctivo de nova formação; ella já não póde exercer uma contracção energica e dahi originão-se os diverticulos, tão frequentemente observados, a tendencia para a ectasia e impossibilidade de esvasiar completamente a urina contida no seu interior. Se agora redobrarem as exigencias, feitas a uma bexiga assim alterada, se além do embaraço physiologico apparece o embaraço mechanico dà prostata, augmentada de volume, impedindo ou difficultando o escoamento da urina, não tardará o apparecimento primeiramente da retenção incompleta, depois da completa.

Em seguida manifestar-se-ha pela cooperação de todos os factores mencionados a ectasia da bexiga com regorgitamento, cessando toda a emissão voluntaria da urina.

A cystite não precisa ser ligada necessariamente a este estado de cousas, mas póde sobrevir a cada instante, ou em consequencia de resfriamento, de um excesso de bebidas alcoolicas, ou emfim, e esta é a causa mais frequente, como veremos pela observação que logo abaixo publicamos, pelo catheterismo. Este ultimo em geral não actua tanto pelos germens septicos que a sonda evacuadora póde acarretar, do que pelo abaixamento repentino da pressão intravesical, visto como a bexiga subitamente esvasiada exerce uma verdadeira aspiração sobre as veias superdilatadas da vizinhança, originando assim hematuria e catarrho vesical.

OBSERVAÇÃO IV. Retenção de urina incompleta e completa. Atonia da bexiga. Hypertrophia da prostata. Cystite.

F. Lobato, 60 annos, portuguez, casado, trabalhador, residente á ilha do Governador, entra no dia 25 de Abril de 1887, para a clinica do Professor Lima Castro, indo occupar o leito n. 18.

Anamnese.—Refere esse doente recolher-se ao hospital por não poder urinar ha 36 horas. Diz que ha oito annos já teve uma retenção de urina em Portugal, consecutiva a uma grande jornada, que fizera a cavallo e a excesso alcoolico. Dahi em diante observou que a frequencia das micções augmentava gradualmente sendo obrigado a levantar-se 5 ou 6 vezes durante a noite para urinar. Notava, porém, que não conseguia expellir toda a urina contida na bexiga. Essa difficuldade da micção aggravou-se consideravelmente ha um anno a esta parte.

Status præsens.—O doente é de constituição robusta e de temperamento lymphatico. Apresenta-se muito agitado, coberto de suores frios, geme e pede que lhe tirem as urinas. Temperatura normal, pulso cheio e frequente. No hypogastro nota-se um tumor bastante saliente, arrendondado, regular, que se estende até 7 dedos transversos acima do pubis, caracterisado por matidez á percussão e fluctuação franca. Ao toque rectal sente-se a prostata muito augmentada de volume, principalmente no lobulo esquerdo, dura e dolorosa á pressão.

Marcha e tratamento.—Introduzimos pela urethra uma sonda de Nélaton n. 18 (Charrière) que penetrava facilmente até á bexiga dando, sahida a 1600 grammas de urina clara e normal. Para fazer sahir toda a urina foi preciso comprimir ligeiramente a parede abdominal, porque a bexiga não se contrahia absolutamente. O Professor Lima Castro, por occasião da visita, prescreveu banhos mornos de assento, prolongados. A' tarde do mesmo dia extrahimos ainda 1000 grammas de urina, mas não comprimimos o ventre e retirámos a sonda desde que a urina deixou de correr em jacto regular pela sonda, de maneira que deixámos dentro da bexiga uma quantidade de urina, que calculámos em 500 grammas.

Dia 26 de Abril.—O paciente diz que levantou-se tres vezes durante a noite impellido por vontade imperiosa de urinar,mas que apezar dos esforços, que empregára, não conseguio expellir nem uma gôtta. Extrahimos pela sonda 1800 grammas de urina avermelhada e um pouco sanguinolenta, accusando o doente dôr ao atravessar a sonda o sphincter vesical. A tarde encontrámos o doente em accesso febril, sendo a temperatura de 39°,8 e a frequencia do pulso 105 ; lingua coberta de saburra branca e secca, constipação de ventre, permanecendo a retenção completa. Extrahimos ainda 1400 grammas de urina de côr escura e prescrevemos :

R. Sulfato de magnesia.............. 40 grammas
Para tomar de uma vez em um copo d'agua.
Item Sulfato de quinina............... 2 grammas
Limonada sulphurica............. 300 »
Para tomar uma colhér de sopa de hora em hora depois do effeito purgativo.

Dia 27.—O doente levantou-se 5 vezes durante a noite, urinando muito pouco de cada vez. Retenção e inercia da bexiga persistem. T. 38°. Extrahe-se 1500 grammas de urina avermelhada.

R. Sulfato de quinina................ 0,50 grammas
A' tarde : T. 38,5 ; sondagem, urina escura.

Dia 28.—Mesmo estado, temperatura normal, sondagem.

R.—Xarope de Easton, 1 colhér de chá por dia, e manda-se insistir nos banhos mornos.

Nos dias subsequentes, ainda que fôsse necessario sondar o doente duas vezes por dia para extrahir a urina, cuja quantidade variava de 3 a 4 litros nas 24 horas, a retenção absoluta manifestava tendencia a transformar-se em retenção incompleta, visto que o doente já emmittia por si, em decubito dorsal ou lateral quantidades crescentes de urina, que em 4 de Maio attingirão 400 grammas mais ou menos.

Dia 7 de Maio.—O doente apresenta melhoras sensiveis, e não tem sido sondado nas ultimas 24 horas. Apezar disso,conseguio expellir todo o liquido contido na bexiga em 5 micções, conservando sempre o decubito dorsal ou lateral esquerdo. Durante a visita o Professor Lima Castro fel-o urinar á sua vista e cathaterisou-o immediatamente depois, verificando-se por essa occasião que tinhão ficado em estagnação apenas 60 grammas de urina um pouco avermelhada. Notou-se certo gráo de irritação no collo vesical. O doente continúa com o xarope de Easton.

Dia 9.—A urina tem-se tornado mais clara e a micção faz-se com toda a facilidade, mesmo o doente achando-se em pé. A prostata, porém, conserva o mesmo volume como no dia da entrada. Continuando as melhoras nos dias seguintes e não havendo mais estagnação vesical, o doente tem alta no dia 17.

Hoje está perfeitamente demonstrado que o augmento de volume da prostata na edade avançada não constitue uma regra, porém sim uma excepção. E ainda mais, nem todo individuo que apresenta uma prostata hypertrophiada, manifesta retenção de urina. Assim Thompson dá uma estatistica de 200 autopsias, feitas em individuos de mais de 55 annos, sendo a proporção dos casos de hypertrophia para o numero total de 1: 3 e destes ultimos só em $^1/_7$ notava-se embaraço na micção durante a vida, de modo que de 12 a 15 individuos maiores de 55 annos, um sómente accusára symptomas funccionaes da molestia. Acreditamos que para o Brazil, ou pelo menos para o Rio de Janeiro, a proporção é ainda muito menor, visto a raridade dos prostaticos entre nós, comparada a destes doentes na Europa. Em compensação o numero dos estreitamentos organicos da urethra é muito superior ao dos paizes da Europa, não porque a causa da

molestia—urethrite blennorrhagica—seja mais espalhada aqui, mas porque os doentes por via de regra antes de consultarem um facultativo, deixão progredir o mal a ponto de supportarem apenas uma vela do calibre 1 a 6, enquanto que além-mar os doentes desde que notão um embaraço ligeiro da micção, já se submettem a um tratamento apropriado.

Basta uma ligeira consideração anatomica para provar que o tamanho da prostata não está em relação directa com a intensidade da retenção. « Pelo contrario, um augmento muito consideravel póde deixar de provocar micção difficil» (Thompson).

A prostata é formada por tres lobulos, dos quaes dous maiores lateraes e um pequeno mediano. Se o orgão hypertrophiar-se uniformemente, não se seguirá que a urethra seja desviada ou comprimida, porque a relação existente entre a bexiga, a prostata e o canal da urethra será a mesma. Basta, porém, uma pequena saliencia do lobulo mediano para desviar e comprimir totalmente a urethra, ao ponto de impedir a emissão voluntaria de uma gotta sequer de urina. Mas não é preciso tanto, o desvio da porção prostatica da urethra ou do collo vesical, podem ser insignificantes, e apezar disso, de um momento para outro manifesta-se uma retenção. Para que isso se dê, é necessario que entre em jogo um novo factor, um achaque hemorrhoidario, por exemplo, ou uma simples constipação de ventre, como se deu no caso que logo abaixo publicamos, para comprovar o nosso modo de pensar. Pela demora e accumulo de massas fecaes no recto, dá-se uma forte congestão nos orgãos da vizinhança, stase venosa nos plexos, venoso-prostatico e de Santorini e d'ahi hyperemia ou edema em torno do collo vesical, constituindo assim a causa determinante da retenção. Eis a razão pela qual doentes nessas condições, por occasião dos esforços empregados para urinar, não podem expellir uma gotta de liquido, e só mais tarde, se pelo repouso e decubito a circulação se torna mais regular, a

urina começa a correr. Se, porém, a congestão persistir ou augmentar de intensidade, a retenção, de passageira, torna-se-ha permanente.

OBSERVAÇÃO V. Retenção completa. Hypertrophia da prostata. Febre intermitente. Cura.

André, 67 annos, preto, africano, liberto, solteiro, morador á rua de S. José, trabalhador, entrou para o serviço do Professor Barão de Saboia, em 3 de Setembro de 1886, indo occupar o leito n. 15.

Anamnese:—Disse esse doente que ha um mez a esta parte começou sentir difficuldade na micção, que ás vezes, sem motivo, não se fazia, sendo necessario esvasiar-se a bexiga por meio da sonda. Julgando dever attribuir seu incommodo á prisão de ventre, á qual estava sujeito desde algum tempo, tomou, aconselhado por um amigo, umas pillulas purgativas. Ficou, porém, peior, expellindo até muito sangue por occasião das dejecções e á vista disto recolheu-se ao hospital.

Status præsens. — Contituição regular, temperamento lymphatico, lingua com saburra amarellada. Hernia scrotal direita reductivel. Temperatura normal. Na região hypogastrica ha uma grande saliencia, sensivel á pressão, constituida pela bexiga enormemente destendida.

Introduzindo-se pela urethra uma sonda de gomma elastica, não se consegue leval-a até á bexiga por encontrar um embaraço ao nivel do collo. Ao retirar a sonda sahem do meato algumas gottas de sangue. Praticou-se então o catheterismo com uma sonda metallica do mesmo calibre (18) que depois de atravessar sem difficuldade as porções carvernosa e membranosa da urethra, encontrou um obstaculo na porção prostatica e só entrou na bexiga depois de um pequeno desvio, imprimido ao bico da sonda por meio de movimentos exercidos no pavilhão. Deu-se sahida a mais de 1500 grammas de urina clara, sem modificação alguma em sua composição physiologica. Pelo toque rectal foi verificado que a prostata estava bastante augmentada de volume e sensivel á pressão.

Retirando o dedo, este estava manchado de sangue.

Tenesmos rectaes.

Marcha e tratamento.—Dia 4 de Setembro. Catheterismo evacuador. R. poção com tintura de aconito e belladona; fomentação do ventre e perineo com pomada de belladona camphorada. Dous suppositorios por dia, de manteiga de cacáo com belladona e iodoformio.

Dia 5 de Setembro.—Catheterismo evacuador (1 litro de urina). Fixa-se uma sonda de demora e receita-se um purgativo salino e uma poção com iodureto de potassio. A' tarde calefrio e febre.

Dia 6 de Setembro.—Febre; splenalgia e figado augmentado de volume. R. Uma poção dyaphoretica e sulfato de quinina.

Dia 7 de Setembro.—Apyrexia; melhoras.

Durante os dias de 8—15 reapparecem accessos febris quotidianos. A retenção persiste.

Dia 16 de Setembro.—O doente apresenta melhoras, está sem febre; lingua bóa. O estado congestivo do collo da bexiga e da prostata, assim como os tenesmos desapparecêrão, e doente começa a urinar sem sonda, sem poder entretanto esvasiar completamente a bexiga. As melhoras continuando a accentuar-se, estando o paciente apyretico desde o dia 18 e podendo urinar bem, da-se-lhe alta.

O exame da prostata no dia da sahida revelou que esse orgão se achava pouco reduzido em relação ao do dia de entrada.

CAPITULO IV

Retenções de causa inflammatoria, congestiva e spasmodica

Retenção inflammatoria. Observação. Urethrite infecciosa. Spasmo, phenomeno reflexo. Suas causas. Observação (Cancro venereo e excessos). Spasmo devido a causas remotas. Diagnostico.

Uma das tres fórmas typicas de retenção, que Thompson admitte, é aquella de que nos vamos occupar neste capitulo. Já estudámos as duas outras, que se prendem ao estreitamento de urethra e á hypertrophia da prostata. A ultima, a retenção dos prostaticos, se observa nos individuos de edade avançada, affectados de sclerose; a retenção dos estreitamentos encontra-se por via de regra entre 30 e 50 annos; pois bem, a retenção devida a estados inflammatorios affecta de preferencia individuos moços. Essas inflammações, que ordinariamente são agudas, assestão-se de preferencia no canal da urethra, na prostata e no collo da bexiga.

« Toutes les irritations ayant pour siége le prepuce, le gland, le méat, la portion spongieuse de l'urèthre, de l'orifice du méat ou du collet du bulbe, jusque et y compris les glandes

de Cowper, toutes ces irritations sont l'origine d'un reflexe, dont le résultat est la contracture de la région profonde de l'urèthre, du collet du bulbe du col vésical, avec stagnation ou rétention d'urine. C'est-à-dire qu'elles provoquent le spasme de l'urèthre sans provoquer la moindre excitation sur les parois vésicales. (Reliquet). »

Começaremos a estudar a retenção inflammatoria em um caso que observámos ultimamente na 1ª clinica cirurgica da Faculdade e que merece algum interesse em diversos sentidos.

OBSERVAÇÃO VI. Retenção de urina com regorgitamento. Blennorrhagia. Cystite blennorrhagica. Spasmo da urethra.

Joaquim Antonio C., 32 annos, branco, solteiro, portuguez, foguista, teve entrada no dia 2 de Agosto de 1887 no serviço do Professor Barão de Saboia.

Anamnese.— Disse que ha 3 annos teve uma blennorrhagia acompanhada de difficuldade na micção, e que por meio de um tratamento homœpathico ficou bom.

Ha dias adquirio nova blennorrhagia, que tratou de curar por meio de injecções, quando começou novamente a urinar mal e com dôres e para evitar essas dôres violentas, que acompanhavão o acto da micção, procurava reter a urina o mais que podia. Seu estado aggravou-se, porém, a ponto de não poder urinar mais e por fim perde constantemente urina que sahe ás gottas, sem que empregue esforço, pelo que se recolhe ao hospital.

Status præsens.— Trata-se de um individuo de constituição regular, temperamento lymphatico-bilioso : apresenta na região hypogastrica uma grande elevação formando um tumor volumoso, sensivel á pressão, tenso e elastico, que se extende até dous dedos transversos acima da cicatriz umbelical e constituido pela bexiga enormemente dilatada, som escuro á percussão e grande sensibilidade. — Exprememdo o penis, sahe pelo meato urinario um liquido sero-purulento e independentemente da vontade do doente escorrem ás gottas e em intervallos approximados pequenas quantidades de urina que imbebem as vestes do doente. O Dr. Crissiuma introduzio um sonda de gomma n. 10, que passon com facilidade, encontrando apenas ligeira contracção spasmodica da urethra. A sonda deu sahida a mais de tres litros de urina. O doente accusa dôres no perineo, tem a prostata um pouco engorgitada e dolorosa.

Marcha e tratamento.— A retenção persistio acompanhada de atomia e regorgitamento até o dia 4, tendo o doente usado de banhós mornos e de uma

medicação purgativa e antispasmodica. O catheterismo evacuador foi feito duas vezes por dia verificando-se continuar o estado inflammatorio da urethra que causava os spasmos. A' tarde do dia 4 o enfermo começou a urinar sem sonda, porém não esvasiou a bexiga, mas a temperatura, que até então era normal, elevou-se um pouco. No dia seguinte o doente urinou durante a visita sem o auxilio do catheter, mas no fim da micção appareceu urina purulenta. Introduzio-se uma sonda n. 16 que ao penetrar na bexiga despertou dôres. Sendo a temperatura elevada, receitou-se uma poção antiphlogistica e sulfato de quinina.

Nos dias subsequentes medicou-se o doente no intuito de combater a blenorrhagia e a ligeira cystite do collo de que soffria. Além disso esteve em uso de pillulas de sulfato de strychnina que removêrão a atonia da bexiga, que ainda se tinha manifestado um pouco. Exeat no dia 17 de Agosto.

Qual foi a pathogenia da retenção e seu mechanismo neste caso? Trata-se de um individuo, affectado de uma blennorrhagia aguda, que lança mão de injecções urethraes, provavelmente causticas e mal feitas, que atravessão a região prostatica da urethra, irritão toda a parte profunda do canal e o proprio collo da bexiga. A mucosa urethral, já em estado de inflammação pela presença de colonias de gonnococcus em periodo de evolução, engorgita-se, reduzindo assim o seu calibre. Temos, pois, um primeiro obstaculo á micção. Mas a retenção no doente em questão não era ligada sómente a esta causa puramente mechanica. Manifesta-se a prostatite blennorrhagica, que sobrevem, como a orchite da mesma especie, á urethrite infecciosa, cessando ou diminuindo de repente o corrimento urethral. Essa prostatite ou mesmo a urethrite da porção prostatica, por acção reflexa, desperta contracturas do collo e das camadas musculares da urethra: o spasmo, eis o segundo factor, que concorre mais poderosamente ainda para a manifestação da retenção do que o primeiro. Além disso o doente, no intuito de evitar as dôres pungentes, que lhe causa a micção, procura evitar esse acto por tempo mais ou menos prolongado, conservando desta maneira sua bexiga em estado de repleção, o que predispõe para a atonia, terceira causa de

retenção. Finalmente a atonia se estabelece realmente acarretando comsigo o regorgitamento. Dissemos que o spasmo era um phenomeno reflexo e não podemos qualificar de outra maneira essa contractura mais ou menos duradoura, despertada por uma irritação peripherica em um ponto qualquer da urethra ou da bexiga. O mesmo phenomeno se observa, por exemplo, nas arthrites do joelho em que os nervos sensitivos da synovial inflammada provocão uma contractura dos flexores, a qual persiste em virtude da dôr constante. Já se vê por ahi que as causas do spasmo reflexo podem ser multiplas. Qualquer traumatismo da urethra, uma sondagem, uma urethrite simples, um cancro da glande, podem lhe dar logar.

Uma das causas mais frequentes são os excessos e principalmente os sexuaes em individuos, que já têm uma certa predisposição, em virtude de blennorrhagias antigas, estreitamentos, etc. Ha individuos em quem por qualquer desvio do regimen ou falta contra a hygiene, sobrevem uma retenção como no seguinte caso, que observámos em um doente do Sr. Dr. Monat.

OBSERVAÇÃO VII. Retenção completa por diversos estados inflammatorios da urethra. Estreitamento. Cancro venereo. Excessos alcoolicos e sexuaes.

Luiz A. de R., 30 annos, brazileiro, engenheiro, já soffria de um estreitamento organico da urethra havia 15 annos.

Foi operado em 1876 —por divulsão— na Belgica e poucos mezes depois pela urethrotomia interna. Vindo ao Brazil em Agosto de 1883, após uma noite de libações e excessos *in venere* teve retenção com febre. Chamado o Dr. Monat nessa occasião, este prescreveu opio, calomelanos, repouso, atropina e banhos mornos prolongados.

Por meio desta medicação o doente voltou a urinar em jorro muito fino, mas no dia 18 de Setembro sobreveio nova retenção e febre. O Dr. Monat com muita difficuldade conseguio atravessar o estreitamento, assestado na região bulbo-membranosa por meio de uma sonda de gomma, filiforme. O doente conseguio urinar

dentro de um banho morno, passando a urina entre a sonda e a urethra. No dia seguinte ajudamos a operar o paciente.

Praticou-se a electrolyse com o instrumento de Jardin e depois a divulsão de Lefort por ser o estreitamento muito resistente e exigir uma sessão muito prolongada, o que não supportava o doente pelo estado nervoso em que se achava. A operação correu bem e sem accidente, atravessando depois uma sonda de Beniqué n. 20 (Charrière) com facilidade. Porém á noite sobreveio nova retenção, desta vez devida ao traumatismo da operação. Praticou-se o catheterismo evacuador com uma sonda de Nélaton, que ficou em permanencia durante 24 horas, receitou-se banhos prolongados, sulfato de quinina, atropina e opio.

O doente restabeleceu-se e aprendeu a sondar-se. Chegou até o calibre 22.

Repetirão-se ainda as retenções apezar do gráo de dilatação obtido 3 vezes de Dezembro a Fevereiro do anno seguinte, sempre por excessos venereos e alcoolicos.

Em Maio contrahio o doente um cancro venereo phagedenico e logo manifestou-se a retenção. Indo vêr o doente nessa occasião a pedido do Dr. Monat, encontramol-o com a bexiga enormemente distendida e uma ulcera phagedenica do lado direito da glande, junto ao meato, estando os bordos deste ultimo infiltrados e unidos.

Sonda de Nélaton em permanenia e iodoformio.

Restabelecido o doente do cancro, tivemos ainda por diversas vezes de sondal-o.

A dilatação da urethra conservava-se perfeita e o doente urinava ordinariamente duas vezes por dia, porém qualquer irritação ou desvio do regimen produzião-lhe retenção ou micção retardada.

Como se vê, o estado spasmodico tem um papel importante na impossibilidade ou difficuldade da micção e geralmente se liga, como no caso que acabamos de descrever, a uma inflammação da urethra ou do penis, ou a um traumatismo. Mas póde acontecer que a retenção spasmodica seja devida a affecções de orgãos mais ou menos afastados. Assim Civiale appella para as lesões profundas dos rins, do corpo da bexiga, para os calculos renaes e vesicaes, etc.

Todo aquelle que já sondou calculos, deve ter observado a difficuldade, que oppõe ao catheterismo o estado spasmodico do collo da bexiga, sollicitado pelas irritações do calculo, sendo facil entretanto introduzir na bexiga uma sonda fóra das crises dolorosas, isto é, quando o reservatorio urinario se acha repleto

de urina. De summa importancia para o tratamento das retenções de causa spasmodica é um diagnostico bem estabelecido. Para obtel-o é preciso proceder de um modo methodico e dar preferencia ao diagnostico feito por exclusão. Para esse fim procede-se primeiro ao interrogatorio do doente, verifica-se se ha antecedentes blennorrhagicos, se o embaraço na micção se fez lenta e gradualmente, se o doente urina mais de noite ou de dia, se ha dôr antes, durante ou depois da micção, se a retenção actual veio após algum excesso, etc.

Desta maneira pelos simples commemorativos individuaes já nos são fornecidos dados para excluir com mais ou menos probabilidade a existencia de um estreitamento ou da hypertrophia da prostata. Accresce que tratando-se de um individuo moço, ha mais probabilidades em favor da retenção spasmodica, porque já dissemos no começo deste capitulo que a hypertrophia da prostata é peculiar aos velhos e o estreitamento manifesta-se de preferencia dos 30 annos em diante. Além disso os prostaticos são relativamente raros entre nós.

Feito o interrogatorio do doente e verificado que a bexiga se acha repleta e distendida, procede-se ao exame da prostata por meio do tocar rectal. Esta exploracão nos indicará se o orgão está em condições normaes, se está augmento de volume, se ha tumefacção e dôr ou finalmente, se elle apresenta fluctuação ou os caracteres de abscesso. Só depois deste exame recorrer-se-ha ao catheterismo, que nunca deve ser feito logo com instrumentos metallicos.

Assim mesmo, nem sempre deve ser praticado o catheterismo, verificada a ausencia de lesões prostaticas, porque tratando-se de um individuo affectado de blennorhagia, a extremidade da sonda póde levar os agentes septicos para o interior da bexiga e causar uma cystite blennorrhagica; além disso a retenção, devida a um simples estado inflammatorio da urethra, costuma ceder aos meios brandos, uma medicação

apropriada, banhos, cataplasmas etc., dispensando por conseguinte o catheterismo evacuador. A exploração da urethra por conseguinte só deve ser feita, se pelas informações do doente somos levados a suppôr a existencia de um estreitamento organico.

O caracteristico justamente dessas retenções, devidas a estados inflammatorios ou congestivos da urethra, consiste no gráo relativamente elevado de dilatação do canal, provando que o embaraço mechanico, por obstrucção, não tem um papel importante na pathogenia da retenção. Mais um exemplo confirme a nossa affirmação.

OBSERVAÇÃO VIII. Retenção por urethro-cystite.

Francisco J. de C., 35 annos, pharmaceutico, sanguineo e de bôa constituição, apresenta em consequencia de blenorrhagia um estreitamento, que foi operado em Junho de 1882 pela electrolyse. Sem ter sido muito constante no uso das sondas, o doente nunca as abandonou e conservou sempre uma dilatação, que lhe permitte passar um catheter de 10—15 millimetros; entretanto accusa elle de vez em quando catarrho na urina e dôres antes da micção; estes phenomenos se accentuão quando o doente expõe-se á humidade, principalmente nos mezes de calor ou quando faz uso de bebidas alcoolicas. O mesmo acontece se elle deixa de fazer uso por alguns dias do sal de Chantaud, a que está habituado.

Um anno depois de operado, o doente queixando-se da frequencia destes symptomas, que por algum tempo se tinhão dissipado, e attribuindo-os á reproducção do estreitamento, o Sr. Dr. Monat sondou-o.

A dilatação se tinha conservado, atravessando uma sonda n. 18. Poucos dias depois, porém, Dr. Monat foi chamado para vêr esse doente: tinha elle uma retenção de urina completa, apezar do emprego que fazia, havia 5 ou 6 horas, de granulos de hyosciamina e morphina.

Foi-lhe administrado um banho morno prolongado, mas o estado de agitação do doente, os soffrimentos que elle accusava, forçárão o Dr. Monat a recorrer á algalia, conseguindo-se passar um numero correspondente á dilatação, que tinha sido reconhecida dias antes, o que sorprehendeu o doente, que não cessava antes de repetir que seria necessario reoperal-o.

Repetito-se o catheterismo durante dous dias, prescrevendo-se granulos de sal de Chantaud, banhos, cataplasmas sobre o ventre e repouso.

Dous annos depois veio o doente, uma noite, procurar o Dr. Monat pedindo allivio a nova retenção.

Com difficuldade passou uma algalia de 4 millimetros. A medicação empregada foi a mesma, os symptomas, porém, que incommodavão o doente, só cedêrão no fim de sete ou oito dias, durante os quaes ficou uma sonda em demora,á vista da difficuldade experimentada á ultima sondagem.

No segundo dia sobreveio uma hemorrhagia, que durou dous dias, acompanhada de um movimento febril, pelo que fôrão addicionados á medicação, já estabelecida, granulos de hydroferrocyanato de quinina e de digitalina.

Neste individuo, cuja observação cito de memoria, mas cuja molestia pude acompanhar desde o dia da operação até hoje, o que me permittem relações de amizade, tem havido ainda no intervallo de 1882 (em que foi operado) a 1887—ameaços de retenção,—*sit venia verbo*—que têm abortado com o uso de banhos prolongados, morphina, hyosciamina e sal de Chantaud. Nelle qualquer desvio em seus habitos, aliás moderados, quer quanto á alimentação, quer ao exercicio, etc., determinão logo phenomenos de urethro-cystite, dominando sempre a tendencia ás retenções de urina, entretanto a urethra, que de tempo a tempo é sondada, se conserva com bôa dilatação.

Outras vezes, porém, a causa determinante destas retenções passageiras corre por conta de um estado congestivo da prostata, que por via de regra sobrevêm a excessos *in Bacchet in Venere,* fadigas, resfriamentos, etc.

Como exemplo sirvão ainda os seguintes casos :

OBSERVAÇÃO IX.—M.D.M.,20 annos, branco, brazileiro,sanguineo, appareceu no dia 24 de Julho de 1882 no consultorio do Sr. Dr. Monat para ser curado de um estreitamento organico da urethra. Accusava antecedentes blennorrhagicos, urinava em jacto muito fino, mas ainda não tivera retenção. Urethra fungosa ; vela de gomma n. 2 em permanencia.

No dia seguinte introduzio-se com toda a facilidade uma vela N. 5 e depois Ns. 5 e 8,ficando cada uma durante uma hora na urethra.No dia 26 de Julho o doente foi operado pela electrolyse (Jardin), passando logo após a operação uma sonda N. 14. Um numero maior não admittia o meato pequeno e o penis pouco desenvolvido.

No dia 9 de Agosto deu-se alta ao doente que urinava perfeitamente bem, tendo desapparecido as fungosidades da urethra.

Passando em Dezembro de 1884 por Santos, o Dr. Monat foi chamado para vêr esse doente por causa de uma retenção completa. Esta era causada por um engorgitamento da prostata, consecutivo a excessos venereos.

Dr. Monat fez o catheterismo evacuador com uma sonda de Nélaton e submetteu o doente nos dias consecutivos ao uso das sondas de Beniqué, notando-se que a urethra tinha conservado sua dilatação.

OBSERVAÇÃO X.—Retenção. Congestão da prostata. Cura.

Major Manoel J. P., 36 annos, branco, casado, constituição bôa, temperamento bilioso, residente na provincia de Goyaz, foi operado pela electrolyse em

11 de Agosto de 1882, obtendo-se a dilatação N. 16. Nenhum accidente; Catarrho da bexiga; lavagens intravesicaes com glycerina, agua e acido phenico e depois chlorureto de sodio. Despedio-se em Agosto urinando bem, tendo diminuido o catarrho.

Em 29 de Outubro de 1884 appareceu esse doente no consultorio do Sr. Dr. Monat, pedindo para ser de novo operado, dizendo que estivera uma semana no Hospital do Castello por embaraço na micção e retenção, incommodo esse que sobreviera depois da longa e fastidiosa viagem de Goyaz até á Côrte.

Explorando-se o estado da uretha, passou uma sonda de Beniqué N. 17 (Charr.) sem difficuldade, o que sorprehendeu o paciente, visto como os medicos no Castello attribuirão a retenção de urina á reproducção do estreitamento, tendo o doente apenas deixado fazer uma tentativa de sondagem infructifera.

Verificou-se ser a retenção ligada a uma congestão da prostata, que cedeu aos purgativos salinos, banhos, suppositorios de belladona e catheterismo.

As retenções spasmodicas observão-se ainda em certas affecções da bexiga, como sejão calculos, tumores e a cystite. Nesta ultima molestia as perturbações para o lado da micção podem variar extraordinariamente, conforme o gráo da molestia.

Em uma inflammação, que sómente affecta a mucosa do orgão, os symptomas funccionaes são, por assim dizer, diametralmente oppostos áquelles, que se achão ligados a uma alteração profunda da bexiga.

A cystite enfraquece as propriedades do orgão como reservatorio urinario diminuindo a sua distensibilidade. Qualquer tracção ou deslocamento de sua mucosa inflammada provoca dôres e ao mesmo tempo a urina, que se accumula no interior da bexiga, obrigando-a a dilatar-se, determina soffrimentos, que o doente procura attenuar por micções frequentes. Quando, porém a molestia se aggrava e o processo inflammatorio se propaga aos tecidos sub-mucoso e muscular, opera-se um espessamento das paredes vesicaes, que impossibilita ou pelo menos difficulta consideravelmente as duas funcções de distenção e de contracção. E' então que a retenção de urina apparece. Mas este accidente póde manifestar-se ainda por outro mechanismo, identico áquelle, que se observa nas retenções por

calculo vesical. Não é que o calculo por acção mechanica obstrua o orificio posterior da urethra, mas pela irritação das paredes na vizinhança do collo vesical, provoca spasmos, que impedem a micção.

OBSERVAÇÃO XI.—Retenção completa. Cystite. Cura.

João Francisco M., 50 annos, branco, casado, brazileiro, entrou para a 1ª clinica cirurgica da Faculdade em 2 de Setembro de 1886.

Disse ter tido ha muitos annos blennorrhagias. Soffre, ha alguns annos, de dôres antes e durante a micção, sendo a urina turva e decompondo-se com facilidade. Ha dez dias urina gotta á gotta, até que, na vespera de sua entrada para o hospital, chegou a ter retenção completa. Corrimento de pús pelo meato urinario, bexiga distendida, prostata normal, tenesmos vesicaes. A sonda N. 16 passa com toda a facilidade, verificando-se depois que as paredes e columnas da bexiga se achão espessadas. Urina turva, ammoniacal e purulenta.

Nos primeiros dias praticou-se o catheterismo evacuador, duas vezes nas 24 horas.

Depois collocou-se uma sonda em permanencia. Lavagens da bexiga com acido borico. Internamente administrou-se balsamicos. No dia 12 de Setembro o doente começou a urinar sem sonda. Sahio curado em 5 de Novembro.

CAPITULO V

Das retenções traumaticas

Divisão. Traumatismos internos. Retenção de urina por lithotricia, catheterismo e corpos estranhos. Onanismo. Traumatismos externos. Contusões do perineo, suas causas e effeitos sobre a micção. Mechanismo da retenção. Contusões do penis. Feridas incisas e por arma de fogo. Fracturas da bacia. Observação. Retenções de urina na mulher por contusão da urethra e da bexiga.

Os traumatismos, que provocão a retenção de urina ora actuão sobre um ou mais pontos do apparelho urinario, ora interessão regiões ou orgãos afastados, como acontece nos traumatismos do eixo cephalo-rachidiano.

No primeiro caso a micção, por via de regra, não se faz por obstaculo mechanico e no segundo trata-se de retenções dynamicas, de que já nos occupámos.

Os traumatismos, de que nos teremos de occupar aqui, são aquelles, que interessão directa ou indirectamente o penis, a urethra e a bexiga. Póde-se dividir esses traumatismos em internos e externos. Os primeiros são representados pelas incisões da urethrotomia, pelas contusões, dilacerações e falsos caminhos produzidos pelo catheterismo, pelos divulsores e lithotridores, assim como pela innumera variedade de corpos estranhos, quer sejão introduzidos pelo meato, quer venhão elles, debaixo da fórma de calculos, dos rins, para contundir, irritar e obstruir a urethra. O traumatismo obrando do exterior para o interior póde atacar os corpos cavernosos, a urethra em sua parte peniana e perineana, a bexiga, os ossos da bacia, etc., determinando por diversos mechanismos retenção de urina. Quanto á sua natureza,os traumatismos externos são contusões, feridas incisas, punctorias e contusas e feridas por arma de fogo.

Tratemos primeiramente das retenções por traumatismos internos.

E' sabido que uma das principaes objecções, feitas á lithotricia, se basêa no facto, que a applicação prolongada ou repetida do lithotridor determina uma séria inflammação aguda ou subaguda da bexiga, que se traduz pelo enfraquecimento mais ou menos duradouro da contractilidade vesical. Além disso, os instrumentos da lithotricia de Bigelow, em virtude de seu calibre consideravel, superdilatão a urethra e concorrem para o apparecimento da retenção pelo mechanismo, que apontamos em outro capitulo.

O mesmo se observa no catheterismo; já não fallamos do catheterismo forçado, mas é de observação diaria que a mais leve contusão, a mais ligeira erosão, praticada durante essa operação, póde ser seguida de accidentes graves, principalmente se se operar sobre um individuo, cujas condições geraes não sejão bôas, cuja urethra está alterada, cujo apparelho

urinario se acha perturbado em suas condições staticas e dynamicas e cuja urina apresenta grandes modificações pathologicas.

Duas palavras sobre os corpos estranhos, que introduzidos accidentalmente ou de proposito na urethra, determinão retenção de urina. Naturalmente não podemos occupar-nos aqui dos corpos estranhos, que pelo seu volume consideravel obstroem completamente a urethra, impedindo assim a sahida da urina. Fallamos apenas daquelles, que irritando ou cauterisando as paredes do canal, provocão retenção por spasmos e contracturas.

Kaufmann refere diversos casos, em que a retenção completa se manifestou em consequencia de cauterisações profusas e presença accidental de nitrato de prata na urethra. Em um caso desses, o doente sente immediatamente uma dôr aguda e penetrante, um intenso edema do prepucio e da glande se fórma. Nos primeiros dias subsiste retenção completa em consequencia da inflammação e turgescencia e em virtude das contracturas spasmodicas da urethra. Além disso ha reacção febril, ás vezes mesmo calefrios intensos. Em um doente Kaufmann sómente conseguio praticar o catheterismo na narcose chloroformica. Durante duas ou tres semanas ha uma blenorrhéa intensa e nos casos graves, complicados de gangrena parcial das paredes da uretha, um estreitamento é o resultado. (Lallemannd).

Corpos ponteagudos e de superficie irregular e rugosa, quando introduzidos na urethra, provocão da mesma fórma irritações intensas da mucosa : d'ahi diminuição do calibre do canal, spasmos e retenção. Ha dous annos o Sr. Dr. Lima Castro operou um antigo estreitamento de urethra em um doente, que, vivendo na roça, sondava-se com hastes de capim, aggravando naturalmente por esse meio perigoso as suas retenções, em vez de removel-as.

«O onanismo, esse vicio perturbador em extremo do organismo, tem levado certos individuos a introduzir no canal da urethra instrumentos, os mais variados na substancia de que são fabricados, e na fórma e volume que apresentão. Canetas, lapis, tubos de cachimbo, de barro ou de madeira, espigas de cereaes, hastes metallicas diversas, grampos de prender cabellos, tudo emfim tem servido á imaginação pervertida.

«Ainda não ha muito tempo fui consultado por um negociante do Recife, que, tendo o habito de onanisar-se com caroços de chumbo, que introduzia no canal da urethra, para com elles attritar sobre as paredes desse conducto, deixára alguns escaparem-se e irem ter á bexiga. Sem difficuldade comprehende-se quantos traumatimos graves da urethra têm essa origem. (Malaquias Gonçalves*)».

Muitas vezes os descalabros produzidos por esses corpos não se limitão á retenção de urina: a inflammação se propaga, ha formação de abcessos, infiltração de urina e a febre urinosa vem completar o conjuncto desses accidentes.

Mais interesse nos offerecem os traumatismos externos e dentre elles destacamos as contusões da urethra na região perineo-bulbar, que são as mais frequentes, o que tem sua explicação nas condições anatomicas dessa parte do canal, em virtude das quaes a urethra ahi se acha fixada entre as laminas aponevroticas, que atravessa, e não póde por isso fugir á violencia, indo de encontro ao plano resistente da arcada pubiana. As causas mais communs dessa especie de traumatismos são as quedas de escanchado, a equitação, passagem de vehiculos, ponta-pés, couces de cavallo e pancadas dirigidas directamente sobre o perineo.

(*) These de concurso.

Quanto á frequencia dessas diversas causas, transcrevemos o seguinte resumo de 239 casos colleccionados por Kaufmann:

Quedas sobre o perineo..........	198 vezes	(82 %)
Ponta-pé ou pancada............	28 »	(12 %)
Passagem de vehiculos..........	9 »	(4 %)
Equitação....................	4 »	(2 %)

Ainda tivemos occasião de observar duas vezes a ruptura da urethra por desabamentos, ficando os individuos enterrados até á metade do corpo.

Como consequencia immediata dessas rupturas traumaticas da urethra, apontamos as hemorrhagias pelo meato, ecchymoses e bolsas sanguineas do perineo, infiltração de urina e as perturbações da micção. Estas ultimas varião conforme a extensão, que a divisão da urethra affecta, podendo esta ser completa e incompleta. Em 143 casos de traumatismos sobre o perineo, Kaufmann notou retenção completa logo após o accidente 105 vezes (73,4 %); retenção mediata sobreveio em 17 casos e só 19 vezes (9 %) não houve perturbação na micção. O mecanismo, pelo qual a retenção ou dysuria nessas condições se fazem, são diversas, ás vezes o sangue extravasado no perineo comprime a urethra de fóra para dentro, outras vezes coagulos de sangue formão rolha dentro da urethra. Em outros casos a inflammação, consecutiva ao traumatismo, basta para impedir ou difficultar a micção. Quando a ruptura é completa, as extremidades da urethra dividida se retrahem e se enrolão e a urina infiltra-se pelo intervallo nos tecidos subjacentes, formando vastas collecções, que, quando não fôrem convenientemente dilatadas, se abrem espontaneamente para o exterior, não sem causar os mais graves accidentes.

As contusões do penis, com retenção, são mais raras, observão-se, porém, em individuos, que, soffrendo de certas

blennorrhagias agudas, com encurvamento do penis, empregão um processo tão brutal quanto irracional, que consiste em dar uma forte e brusca pancada sobre o penis, em erecção, de encontro a uma superficie resistente (romper o gancho.) Accidentalmente póde ainda dar-se a ruptura da porção peniana por um coito violento ou pela compressão do penis por uma gaveta ou uma janella.

Ha um anno mais ou menos entrou para o serviço do Sr. Prof. Lima Castro um preto, que apresentava na raiz do penis um ferimento circular, com bordos perfeitamente regulares, parecendo, á primeira vista, ser feito com um instrumento cortante. Referio-nos, porém, esse individuo que tendo na vespera uma briga com um companheiro, este segurara-lhe o membro, exercendo ao mesmo tempo uma forte tracção. Tratava-se, pois, de uma ferida por arrancamento. Havia retenção de urina completa. Praticámos o catheterismo evacuador e fizemos a suttura da ferida, que apezar de ser na parte dorsal bastante profunda, cicatrizou em grande parte por primeira intensão. Alguns pontos apenas falhárão.

As feridas incisas do penis apenas mencionamos, porque são muito raras e só produzem retenção de urina quando o golpe é bastante profundo para comprometter o canal da urethra. Tambem os ferimentos por arma de fogo não são de grande importancia para o assumpto, de que nos occupamos, por serem pouco frequentes e só excepcionalmente determinarem retenção. A maior estatistica encontramos no tratado monumental de cirurgia de guerra, americano, onde dentre 3174 ferimentos de bacia, a urethra só era compromettida em 105 casos, o que vem a ser 3,3°/₀ da totalidade.

As retenções mais graves são aquellas, que se prendem ás rupturas da urethra, por fracturas dos ossos da bacia e cuja mortalidade é de 40 °/₀ (Kaufmann). Em geral é a fractura bilateral ou unilateral dos ramos do pubis que produz o

phenomeno: ora a urethra é contundida e comprimida entre os fragmentos deslocados, ora trata-se de uma dilaceração da urethra, como encontrámos em uma autopsia, que praticámos em um individuo, que falleceu no serviço do Sr. Barão de Saboia.

OBSERVAÇÃO XII. — Retenção completa. Fractura do ramo descendente do pubis. Ruptura da urethra. Morte.

Manoel C., 28 annos, branco, portuguez, solteiro, trabalhador, residente á rua do Barão de Petropolis, entrou para o serviço do Professor Barão de Saboia em 20 de Abril de 1887, indo occupar o leito n. 7.

Anamnese. Disse esse doente que na vespera de sua entrada, estando a trabalhar em uma barreira, grande parte desta desabou e cahio sobre elle, ficando enterrado até á cintura. Quando foi retirado da terra não pôde mais levantar-se. Sentio grandes dôres no abdomen, região lombar e côxas, e neste estado foi transportado para casa. Quando algumas horas depois do accidente sentio vontade de urinar, não pôde conseguil-o, pelo que mandou chamar um medico, que lhe extrahio a urina. No dia seguinte foi recolhido ao Hospital da Misericordia.

Status præsens. Constituição forte, temperamento sanguineo, T. pouco elevada, lingua esbranquiçada. O doente tem os membros abdominaes ligeiramente em flexão, porém, em sua direcção normal, podendo distendel-os e curval-os só com alguma difficuldade por causa das dôres, que accusa nas côxas e no quadril. Ha uma grande ecchymose na côxa esquerda, que se acha um pouco tumefacta e contusa. A região lombo-dorsal e os quadris tambem estão contusos, sensiveis á pressão durante os movimentos. Não ha mobilidade anormal, nem dôr exagerada circumscripta, nem crepitação. O abdomen apresenta-se contundido, tumefacto, sensivel á pressão, principalmente na região hypogastrica e pubiana. Bexiga distendida por grande quantidade de urina. Ventre tympanico.

Marcha e tratamento. — *Dia* 20 *de Abril.* Extrahe-se por meio de uma sonda de Nélaton (18), que penetra facilmente na bexiga, 1200 grammas de urina clara e de composição apparentemente normal.

Até o dia 25 de Setembro persistio a retenção, apparecendo, porém, febre de typo remittente, oscillando a temperatura entre 37°,8 e 38°,9 de manhã, e entre 38°,1 e 39°,5 á tarde.

4 *de Maio.*—O doente urína bem, mas a urina tem-se tornado purulenta, principalmente para o fim da micção.

Formarão-se em seguida dous grandes abscessos urinosos, um na face interna da côxa direita e o outro no perineo.

Esses focos fôrão dilatados pelo Sr. barão de Saboia e os curativos feitos com sublimado corrosivo. Collocou-se outra vez uma sonda de demora pela qual

se fazia quotidianamente lavagens antisepticas da bexiga. Apparece ainda uma melhora tornando-se a urina muito mais clara e diminuindo a febre. Porém no dia 26 de Maio falleceu o doente da intoxicação urinosa.

Auptosia. Encontrámos todos os tegumentos da parede abdominal com vastas ecchymoses, denotando que houve grande extravasação de sangue após o traumatismo. O tecido cellular subcutaneo, os musculos, todos os tecidos da cavidade abdominal tinhão uma côr azul escura. O ramo descendente do pubis apresentava uma fractura transversal, havendo ao mesmo nivel uma ruptura da urethra, ncompleta.

Atráz desse ponto havia uma cavidade irregular, limitada por tecidos profundamente alterados e contundidos. Essa cavidade correspondia directamente com os abscessos do perineo e da côxa.

E' ainda por traumatismo externo que se dão certas retenções de urina na mulher. As mais frequentes são as que se observão depois do parto. Qualquer que seja o mechanismo que nesta retenção entre em jogo, paralysia momentanea da bexiga, contractura do collo, tumefacção das paredes da urethra e sua inflammação, o agente determinante inicial é sempre uma contusão exercida pela compressão mais ou menos demorada ou energica da urethra e bexiga pela cabeça do féto ou instrumentos obstetricos.

Caseaux, em seu tratado, exprime-se assim:

« L'émission des urines est quelquefois difficile à cause du boursoufflement du méat urinaire.

« Après un travail trop longtemps prolongé et une compression trop violente, la vessie est dans certains cas paralysée momentanément.

« La rétention d'urine, chez une femme en couches, se présent tantôt immédiatement après l'accouchement, tantôt quelques jours après. Dans le premier cas, elle semble due à la paralysie de la vessie ou à la contracture du col. Dans le second, elle dépend vraisemblablement d'une inflammation consécutive. »

Emfim qualquer traumatismo da parede vaginal anterior póde determinar retenção de urina.

Assim o Sr. Dr. Monat nos communicou um caso para o qual tinha sido chamado para extrahir a urina de uma mulher na rua da Lampadoza.

Tratava-se de uma prostituida, que, entregando-se á masturbação vaginal e fazendo uso de um grande speculum de Recamier, de madeira, desta fórma contundira a urethra.

CAPITULO VI

Das retenções de urina de causa mecanica

Condições pathogenicas. Retenções congenitas. Vicios de conformação. Tumor da bexiga. Corpos estranhos engasgados na urethra. Observações.

Segundo Guyon ha retenção de urina, quando a urethra se acha comprimida ou toda a vez que um corpo estranho obstroe completamente a luz do canal. Dahi duas ordens de causas: umas extra-urethraes (compressão) e as outros intra-urethraes (corpos estranhos).

Parece-nos, porém, que se deve incluir nesta classe ainda algumas retenções, que o illustre especialista não menciona, pois póde haver embaraço, mais ou menos consideravel da micção, por torção da urethra, como observámos, ha tres annos, em um doente do Sr. Barão de Saboia. Tratava-se de um preto, que tinha uma enorme elephantiasis do scroto e do penis, tendo este ultimo soffrido uma torção, que difficultava grandemente a emissão da urina.

Ainda de causa puramente mecanica são aquellas retenções congenitas, que se prendem a vicios de conformação do penis e da urethra.

Acceitando a opinião de Gusserow e de outros, que os

rins já funccionão durante a vida intra-uterina e que a urina, eliminada pelo féto, concorre para a formação do liquido amniotico, explicão-se os casos de retenção fetal, que a sciencia registra. As anomalias ou vicios de conformação, a que acabamos de alludir, são : falta absoluta da urethra, podendo ao mesmo tempo faltar o penis, occlusão parcial da urethra, atresia do meato e do orificio interno, hypospadias e phimosis.

Forster descreveu um caso de obliteração total da urethra, sendo esta substituida por um cordão solido e resistente, que não apresentava o menor vestigio de um orificio. Depaul reunio ao todo tres casos de *transformation de l'urèthre en cordon plein.*

A micção nesses casos naturalmente é impossivel.

A urina accumula-se dentro de seu reservatorio, donde resulta um grave inconveniente para o féto, porque a bexiga, fortemente dilatada, exercendo grande pressão sobre os vasos umbelicaes, prejudica a circulação fetal e póde mesmo suspendel-a. Isto explica a morte dos fétos com retenção de urina, morte essa, que sobrevem geralmente no setimo ou oitavo mez. Em alguns casos a urina abre caminho pelo umbigo, outras vezes a perforação da bexiga se faz para o recto.

Englisch acredita que nas occlusões da urethra, a morte sobrevem com tanto mais certeza, quanto mais perto da bexiga estiver o obstaculo. E isto é natural porque, se a occlusão tiver sua séde na parte peripherica da urethra, a estagnação da urina determina uma perforação (hypospadias ou epispadias), que remove os perigos, que corre a vida do féto. Nas partes centraes, porém, a perforação torna-se muito mais difficil e por conseguinte a retenção será de gravidade muito maior.

Não nos deteremos com a descripção completa de cada

uma dessas anomalias, mesmo porque ellas são raras e porque teriamos de entrar em detalhes, que nos afastarião muito do problema de nosso trabalho.

Das causas, que actuão comprimindo a urethra, mencionamos as hemorrhagias e abscessos peri-urethraes, os tampões rectaes e vaginaes, as fracturas e luxações de ossos da bacia, as exostoses do pubis, as posições viciosas do utero, o accumulo de materias fecaes no recto, a gravidez, as hernias inguinaes volumosas, a grande variedade de tumores de todos os orgãos da pequena bacia, etc., etc.

O espaço limitado de uma these não nos permitte estudar separadamente todos estes estados morbidos e sua influencia sobre a micção e como tambem iriamos muito longe, se nos fôssemos occupar de todas as operações e indicações therapeuticas, reclamadas pelas affecções, que acabamos de enumerar e que se resumem no *sublata causa tollitur effectus*, apenas communicamos aqui alguns casos, que servirão para illustrar a fórma de retenção mecanica.

Nos autores que escrevêrão sobre tumores da bexiga, só encontrámos uma vez (Thompson) o symptoma retenção de urina, por isso parece-nos ser digno de interesse um caso de epithelioma vesical, em que havia impossibilidade absoluta de emittir a urina, por obstrucção do orificio interno da urethra pelo tumor.

OBSERVAÇÃO XIII. Retenção completa e chronica. Epithelioma da bexiga. Morte. Autopsia.

Ignacio, preto africano, de 68 annos de edade, solteiro, trabalhador, livre, de constituição fraca, entrou no dia 31 de Julho de 1886 para o serviço clinico do Sr. Professor Barão de Saboia, indo occupar o leito n. 29.

Anamnese.—Entre as molestias mais importantes de que esse doente soffrêra, menciona a variola, febres intermitentes, blennorrhagias e um cancro venereo, que foi acompanhado de um bubão suppurado da região inguinal

esquerda. Teve todas essas affecções em tempos remotos e nenhuma d'ellas parece ter relação com o mal, que agora apresenta, e cujo começo data de poucos mezes. Ha tres mezes Ignacio começou o' notar que nos dias em que se entregava ao uso exagerado de bebidas alcoolicas ou após outros excessos, appareciâo-lhe difficuldades na micção ; difficuldades essas, que a principio se caracterisavão por desejos intempestivos e illusorios de urinar, por demora da emissão da urina, por esvaziamento incompleto da bexiga e por dôres vagas no perineo e na região sacra, por occasião das contracturas vesicaes. A estes symptomas, que se aggravavão cada vez mais, mas que se fazião sentir sómente por occasião da micção, vierão juntar-se outros, que se traduzião pela sensação de peso no perineo e tenesmos durante a defecação.

Nunca e doente notou gotta alguma de sangue sahir pela urethra, nem antes, nem depois da micção. Tendo assistido na noite de 29 de julho a uma festa, durante a qual se entregára a copiosas libações, vio-se no dia seguinte impossibilitado de urinar e persistindo esse estado durante 24 horas, apezar dos remedios caseiros que empregou, foi pedir um leito no Hospital da Misericordia.

Status præsens.—O doente tem a bexiga completamente cheia, fazendo saliencia no hypogastro e muito sensivel á pressão, o penis acha-se ligeiramente edemaciado, a lingua está saburrosa e nada ha de notavel para o lado dos apparelhos circulatorio e respiratorio.

Uma sonda de gomma n. 12 foi leva la até á bexiga sem encontrar obstaculo algum na urethra, determinando, porém, dôr ao atravessar a porção prostatica.

Tentando mover a sonda no interior da bexiga, essa manobra offerecia certo embaraço e difficuldade.

Introduzio-se uma segunda sonda, do calibre 15, que ao atravessar a referida porção da urethra, encontrava alguma resistencia, despertando ao mesmo tempo violentas dôres. Por meio desta sonda fez-se o esvasiamento da bexiga, que continha mais de um litro de urina escura e fortemente ammonical.

A urina sahia muito lentamente pelo orificio da sonda, indicando assim a ausencia de contracções vesicaes. A exploração digital da prostata revelou um pequeno augmento no volume desse orgão.

Marcha e tratamento.—Receitou-se nesse dia um purgativo salino, uma poção com terebenthina e suppositorios de opio e belladona.

Dia 1° *de Agosto.*—Por occasião da visita vimos esse doente ainda com retenção de urina, dizendo que não conseguira expellir durante a noite senão algumas gottas, não obstante os grandes e dolorosos esforços, que fizera.

A bexiga foi esvasiada por meio de uma sonda n. 16, destinada a ficar de demora. Mas o doente não pôde supportar esse corpo estranho, que lhe causava dôres pungentes, localisadas no perineo, com irradiações para a região sacra e para as côxas.

Dia 2, 3 e 4.—Nenhuma melhora, a retenção persiste e a urina continúa a ser escura e ammonical.

Dia 5.—Além da cystite manifestou-se hematuria. As primeiras porções de urina, retiradas por meio da sonda, tinhão o mesmo aspecto da dos dias anteriores,

porém, no fim escorria um liquido sanguinolento e fetido. Mandou-se juntar á poção terebenthinada, que o doente usava, 2 grammas de ergotina.

Dia 6.—A hematuria augmenta e a urina torna-se cada vez mais purulenta e fétida.

Submettida ao exame microscopico, encontra-se grande quantidade de globulos sanguineos e cellulas epitheliaes. Continúa a mesma medicação interna e faz-se por dia duas lavagens da bexiga com agua de alcatrão. No terceiro dia desse tratamento, cessou a hematuria, mas o doente ainda não pôde urinar sem sonda.

Dia 10.—Reappareceu a hematuria com maior intensidade; as ultimas gottas de liquido, que sahião pela sonda evacuadora, eram constituidas por um liquido sanguino-purulento excessivamente fétido. Guardou-se a urina emittida nesse dia, notando-se no vaso, que a continha, a formação de uma fina camada azulada na superficie e de um deposito escuro no fundo. A' vista destes caracteres e dos phenomenos objectivos observados, o Sr. Professor Saboia lembrou a probabilidade de tratar-se de um tumor maligno, epithelioma talvez, assestado na prostata ou no baixo fundo da bexiga, determinando desta fórma aquella cystite intensa, as alterações, que notámos na composição da urina e a retenção rebelde.

O Sr. Dr. Arlindo de Souza em um exame minucioso do deposito, que se formára no fundo do vaso, encontrou além dos globulos de sangue e de pús, de que já fallámos, grande cópia de cellulas epitheliaes de diversas fórmas e tamanhos.

Dia 15.—O doente acha-se muito depauperado e alimenta-se mal; as dôres tornão-se lancinantes e prolongadas depois do esvaziamento da bexiga, determinando spasmos do collo vesical e contorções. A temperatura tem oscillado nestes ultimos dias entre 38,°5 e 39°.

A lingua acha-se saburrosa, escura e secca. A urina decompõe-se com extrema rapidez, mesmo em seu reservatorio natural e exhala um cheiro tão nauseabundo, que faz lembrar o dos tumores cancerosos ulcerados.

Dia 20.—O estado geral do doente aggrava-se cada vez mais, sua magreza é extrema. A hematuria augmenta. Coalhos sanguineos e gelatinosos vêm obstruir o orificio da sonda. Esta necessita ser introduzida até o pavilhão para que sua extremidade vesical alcance os liquidos contidos na bexiga, o que quer dizer que ao nivel de orificio interno da urethra existe uma proeminencia ou tumor, que assim estorva o esvaziamento da bexiga. A exploração com sonda metallica é impossivel pela dôr e pela hemorrhagia, que determina.

Dia 25.—O doente está peior. Todos os recursos therapeuticos geraes e locaes têm sido incapazes de attenuar a marcha da molestia. T. pela manhã 38,°5, á tarde 39,°5.

Dia 28.—O doente não apresenta ganglio algum nas regiões inguinaes, augmentado de volume.

Pulso pequeno, frequente; respiração curta; voz fraca, soluços; T. 39°,5.

Dia 30.—Manifestão-se symptomas de peritonite.

Dia 3 de Setembro.—O doente se acha em estado comatoso. T. 39°,6. Fazendo-se a lavagem da bexiga, o paciente já não accusa mais as dôres, que sentia. Nesse estado permaneceu até o dia 7 de Setembro em que falleceu ás 4 horas da manhã.

Autopsia.—Os orgãos, contidos na cavidade thoraxica, estavão sãos. Figado, baço e rins, normaes. Peritonite suppurada com derramamento de pús na cavidade pelviana ; adherencia das alças do intestino delgado com a bexiga e com o grosso intestino. Nos pontos adherentes as alças intestinaes apresentavão côr arroxeada. Bexiga distendida, vermelha e cheia de liquido. Os ramos ascendentes e descendentes do pubis fôrão serrados para facultar a extracção da bexiga e dos orgãos genitaes.

Por uma incisão transversa, praticada da direita para a esquerda e interessando o fundo do orgão, abrio-se a bexiga. Continha cerca de 300 grammas de um liquido côr de chocolate, cremoso e espesso, tendo em suspensão grandes coalhos sanguineos e flócos gelatinosos e transparentes. O baixo fundo da bexiga achava-se occupado por um tumor do volume de um ovo de gallinha, e regularmente lobulado, implantado na parede vesical por um pediculo largo, um pouco abaixo do orificio interno da urethra, obstruindo-a por um de seus lobulos. Media esse tumor 6 ^{cm}. no seu diametro longitudinal e 4 no transverso. Os lobulos erão separados por sulcos mais ou menos profundos. Toda a superficie do tumor achava-se coberta por uma camada espessa, escura e gelatinosa, á qual adherião em alguns pontos coagulos de sangue. A mucosa vesical estava congesta e rubra apresentando um grande espessamento na visinhança do tumor onde se notavão saliencias, depressões, rugozidades e fendas, cheias de pús. Estas alterações da tunica interna propagavão-se ás outras duas.

O exame histologico do tumor revelou a existencia de cellulas epitheliaes pavimentosas, unidas umas ás outras e coloridas em amarello pelo picrocarminato de ammonea. Em outros pontos havia elementos epitheliaes, em via de formação e coloridos em vermelho pelo carmim. Em alguns pontos as cellulas epitheliaes erão separadas entre si, ora por cellulas embryonarias, ora por tecido conjunctivo fibrilar.

As retenções mecanicas, na maioria dos casos, são devidas á presença de corpos estranhos no interior da urethra, distinguindo-se os que fôrão introduzidos do exterior, daquelles, que partindo dos rins ou da bexiga, atravessárão o orificio interno do canal. Para o tratamento é importante saber se o corpo estranho tem sua séde na urethra profunda ou se elle occupa a porção peniana.

No primeiro caso, se não fôr possivel levar o corpo estranho á bexiga, para ahi fragmental-o, muitas vezes ter-se-ha de recorrer á urethrotomia, que póde ser interna ou externa. Na segunda hypothese tentar-se-ha primeiramente extrahir o corpo por meio de pinças, introduzidas na urethra.

Civiale acreditava que os corpos introduzidos do exterior, se dirigião constantemente para a bexiga, emquanto que os de origem central, se dirigião para a peripheria.

Outros, como Voillemier e Segalas, pensavão, que a fórma, volume e posição do corpo estranho determinavão a sua migração em um ou em outro sentido. Brou* julga que os corpos allongados se dirigem para a bexiga e os arredondados seguem direcção opposta. Seja como fôr, quando um corpo estranho determina retenção de urina, elle se acha geralmente enga-gado no interior da urethra, e mais ou menos fixo ás paredes do canal.

OBSERVAÇÃO XIV. Retenção. Corpo estranho na porção membranosa da urethra. Infiltração urinosa e gangrena de grande parte da bolsa scrotal e do tecido cellular sub-cutaneo do abdomen. Erysipela do scroto, do penis e do abdomen.

A. B., branco, francez, 45 annos, marceneiro, entrou no dia 1 de Novembro, para a enfermaria do Sr. Barão de Saboia.

Anamnese.—Disse soffrer ha algum tempo de uma gonorrhéa, urinando sem difficuldade alguma ; como, porém, o liquido sero-purulento de uma gonorrhéa sujasse suas roupas, tinha por habito, introduzir uma mecha de panno na urethra que a obturára, até que, ha quatro dias, indo retiral-a, ficou parte na urethra, difficultando-lhe a micção, que começou a fazer-se só gotta á gotta, inflammando-se o perineo e scroto, tendo calefrios e febre, sem conseguir tirar o resto da mecha apezar de muitas tentativas.

Status præsens.—Constituição forte, lymphatico, pelle secca. Temperatura elevada, lingua secca, com uma fita escura no centro, cephalalgia e muita sêde.

Tem a região scrotal e o penis muito tumefactos, inflammados, rubros e infiltrados, com augmento de calor, sensiveis á pressão, urinando só gotta á gotta, e assim mesmo com muita difficuldade. Introduzindo uma sonda capillar, sentio-se a urethra não sómente muito contractil e aspera, como tambem na região membranosa encontrava-se forte resistencia, como de um tampão, que impedisse a passagem da sonda, sem comtudo dar a sensação, que offerece um estreitamento.

(*) F. Brou, Des injections limitées et de la migration des corps liquides et solides dans l'urèthre. Lyon medical, 1884.

Marcha e tratamento.—*Dia* 1 *de Novembro* : mandárão dar um banho morno e um diaphoretico de jaborandi com aconito e belladona; sulfato de quinina; suspensão do scroto. Não se conseguio passar uma vela capillar. Retira-se, porém, da urethra pequenos fragmentos de panno, esphacelados, com uma pinça de corpos estranhos.

Dia 2.—O mesmo estado. Ainda retirou-se fragmentos de panno. Conseguio-se passar a vela conductora do divulsor de Le Fort e praticou-se a divulsão, reconhecendo-se não haver estreitamento, tanto que, depois da divulsão, não se conseguio passar uma sonda.

Dia 3.—Encontrámos grande parte do lado direito do scroto mortificada, estando o penis mais infiltrado, a região pubiana inflammada, vermelha e edemaciada até á região iliaca direita. Não urinando o doente, a muito custo consegu'o-se passar uma vela conductora do urethrotomo de Maisonneuve. Em virtude da contractilidade da urethra, praticou-se a urethrotomia interna, passou-se a sonda n. 17, que ficou em permanencia; largas incisões no scroto; retirou-se algum tecido mortificado.

Dia 4.—Testiculo direito descoberto, suppuração abundante. Ainda retirou-se tecido mortificado. Vermelhidão e empastamento da região pubiana, dirigindo-se para cima e para traz, até á região renal. Lingua ligeiramente esbranquiçada, elevação de temperatura. Sulphato de quinina.

Dia 5.— O doente urina pela sonda. Retira-se a que estava e substitue-se por outra. Suspendeu-se a medicação. Sulfato de quinina.

Dia 6.— Retirou-se a sonda, a urethra dava sahida a pús. Empastamento menos notavel. Suppuração ainda abundante. Sulfato de quinina.

Dia 7.— Sahe urina muito fetida pela abertura scrotal. A vermelhidão do abdomen estende-se pelo thorax. R. Poção de perchlorureto de ferro e embrocações com perchlorureto de ferro no abdomen e thorax.

Dias 8 *e* 9.—Havendo infiltração de pús na parede do abdomen, onde havia vermelhidão, praticou-se duas grandes incisões, uma na região pubiana e outra na fossa iliaca direita. Deu-se assim sahida o grande quantidade de pús fetido, tirou-se grandes porções de tecido cellular subcutaneo, mortificado. Passou-se um tubo de drainage e fez-se o curativo phenicado com iodoformio. O doente urina bem pela urethra.

Dia 10.— Abaixamento de temperatura. Como houvesse um fundo de sacco na região inguinal direita, onde se accumulava o pús, fez-se outra contra-abertura nessa região, passou-se um grosso tubo de drainage e retirou-se ainda bastante tecido cellular subcutaneo mortificado. Curativo. R. Poção de Jaccoud.

Dia 11.— Apyrexia. Suppuração abundante. Retirou-se ainda tecido mortificado. A urina sahe pela fistula scrotal.

Dia 12. — Retirou-se um tubo de drainage. Menos suppuração. Pelle do abdomen adherente.

Dias 14 *a* 17.— Diminuta suppuração. Incisões em bôa via de cicatrização. Passou-se uma sonda n. 10 e retirou-se pela fistula scrotal a tira de panno que estava no collo da bexiga, estando dobrada, torcida e medindo 15 centimetros de comprimento assim dobrada.

Dias 19 *a* 22.— Diminuta suppuração. A micção faz-se bem pela urethra, sahindo, porém, alguma urina pela fistula scrotal. A' tarde ligeira elevação de temperatura. R. sulfato de quinina.

Dias 23 *a* 24 —Lingua com saburra amarellada, prisão de ventre. Região da fossa illiaca direita vermelha e erysipelatosa. Receitou-se um purgativo salino e a poção de perchlorureto de ferro para usar depois do effeito purgativo. A' tarde, febre, vomitos, delirio.

Dia 25.— Baixou a temperatura. Mancha erysipelatosa menos rubra. Elevou-se a 4 grammas o perchlorureto de ferro da poção e mandou-se fazer embrocações de perchlorureto de ferro na região erysipelatosa.

Dias 26 *a* 30.— Melhoras. Diminuta suppuração. Incisões quasi cicatrizadas. Temperatura normal. Dpesapparceu a erysipela. Tendo-se formado um pequeno abscesso ao nivel da espinha iliaca antero-superior direita, dilatou-se o fóco e fez-se curativo com iodoformio. Micção pelo meato, sahindo apenas algumas gottas pela fistula scrotal, que estava quasi inteiramente cicatrizada.

Dia 20.--Estando o doente com os membros abdominaes, penis e scroto edemaciados e infiltrados, não havendo albumina na urina, receitou-se leite e citrato de cafeina.

Dias 25 *a* 31.— Melhoras. Desapparecem infiltração e edemacia. Feridas no abdomen e scroto quasi completamente cicatrizadas, não sahindo mais urina pela fistula scrotal. Micção facil pela urethra, que deixa passar a sonda n. 20.

Dia 21.— Exeat.

OBSERVAÇÃO XV. Abscesso do perineo. Corpo estranho. Retenção. Estreitamento da urethra.

(Dr. Monat)

Fui chamado na noite de 26 de Marçe de 1886 para prestar cuidados ao Sr. M. R., francez, morador á rua de S. Ignacio n. 4. Informarão-me que o Sr. M. R. soffria de uma orchite, havia uns dez a quinze dias e que nos ultimos dias apenas emittia algumas gottas de urina.

Encontrei-o em decubitus dorsal, T. 39°8, pulso pequeno, muito frequente, não se podendo contar; havia sub-delirio. A lingua era saburrosa e escura; o halito fetido, a pelle coberta de suor pegajoso. O doente parecia mergulhado na maior indifferença; procurando eu, porém descobril-o, toquei no ventre e o doente deu um grito. O ventre estava muito distendido, enorme. A distenção do ventre era acompanhada pela das côxas. Descobrindo o scroto e o perineo, cobertos por uma larga cataplasma de miolo de pão e leite, encontrei uma tumefacção enorme das bolsas, continuando-se pelas verilhas. A pelle,luzidia, apresentava na parte anterior duas placas vermelhas, largas como a palma da mão; o scroto tinha o volume de uma fruta de pão. Levantando-o, a muito custo, por causa das dôres e da turgescencia, encontrei ainda no perineo um tumor vermelho, do volume de uma tangerina,

de fluctuação franca. O toque rectal confirmou a turgescencia perineal, sua fluctuação, e a repleção da bexiga, que o doente não deixava examinar pela apalpação do ventre.

Após o meu exame, o doente emittio alguma urina, talvez de 50 a 100 grammas. Tentei sondal-o, no que fui infeliz, pois a algalia não chegou á bexiga, não passando do limite anterior do perineo. No dia seguinte, depois de anesthesiado o doente, puzemol-o na posição da talha. Incisei a pelle do perineo donde jorrou uma onda de pús ; colhemos deste liquido em uma bacia umas 600 grammas ; o cheiro era horrivelmente fetido e ammoniacal. Com o liquido sahirão alguns fragmentos de tecidos gangrenados e coagulos de sangue pretos. Lavámos o foco.

Introduzindo um catheter pela urethra, fiz a urethrotomia interna, incisando a parede superior, depois do que passei uma algalia e dei sahida á urina, que encheu uma bacia de rosto. A urina era horrivelmente fetida, escura. Foi preciso ventilar o quarto, aliás grande. Lavei a bexiga. Fazendo uma lavagem do foco do abscesso, o Dr. King, que me ajudava, notou que a sonda ahi estava a descoberto. Introduzindo o dedo, sentimos então, que o perineo todo e os intervallos entre o recto e a bexiga, ou melhor a parede abdominal, formavão um enorme foco. Procedi então a incisões largas do scroto sobre as placas vermelho-escuras, fiz duas ainda nas côxas, tratei as feridas pelo iodoformio, cobri tudo de gaze, deixando a sonda em permanencia e como o doente cahia em collapso, fiz-lhe uma injecção hypodermica de ether sulfurico. Mandei administrar sulfato de quinina, agua ingleza e opio.

A' noite a temperatura cahio a 38°,0 ; o doente estava mais animado. Conservei-me á sua cabeceira até o dia seguinte por se repetirem de quando em vez, os phenomenos de collapso. No segundo e terceiro dias fui auxiliado pelos Drs. Affonso da Rocha e Antonio Bustamente, que tiverão diversas vezes de lançar mão de meios excitantes para despertar a calorificação.

No segundo dia, principalmente durante seis horas, o doente conservou-se sem falla, pallido, coberto de um suor frio, pupillas dilatadas, os membros inertes, delirando, mas calmo. Temperatura 35°. Graças a bebidas quentes, uma poção excitante, cognac, injecções de ether etc., reanimou-se o doente toda vez que sobreveio essa adynamia.

O curativo era feito duas vezes por dia, consistia em lavagens do fóco e da bexiga, um clyster e occlusão antiseptica. O pús corria em abundancia trazendo sempre retalhos de tecidos e fragmentos de coagulos de sangue. Pelas feridas do scroto e das coxas sahia tambem em abundancia um liquido fétido, que imbebia a porção correspondente do apparelho. Não drainei o fóco do abscesso por ser larga a incisão. Conservei sempre a sonda em permanencia.

Na quarta noite fazia eu o curativo: depois de lavar o fóco, retirei um fragmento de tecidos gangrenados, que se apresentou. Logo após vi uma ponta preta, que parecia ser um fragmento de coagulo: com uma pinça fixei-o e puxei. O doente deu um grito, reconheci que o fragmento cedia, fixei de novo com cuidado, vi obedecer á tracção uma massa, que obstruia a abertura do fóco e que com facilidade extrahi.

Examinando n'agua o que extrahira, reconheci uma sonda conductora entortilhada, coberta de concreções calcareas, pús, retalhos de tecido informes, e sangue coagulado, formando um todo irregularmente espherico, no qual só um ponto da sonda apparecia ; o resto occupava o centro.

Soube então que o Sr. M. R. fôra operado, havia uns 20 dias, de um estreitamento de urethra; que o doente sentira fortes dôres na operação ; que as achára exageradas,e as podia avaliar porque dous annos antes o Dr.Fort o operára tambem por electrolyse do mesmo estreitamento; que depois da operação tivera uma hemorrhagia pequena e que as dôres do perinêo persistirão augmentando gradualmente até prostral-o; que desde então o doente accusou uma sensação estranha no perineo e no anus; que o medico assistente tendo-o medicado durante uns cinco dias, o dera por curado e o fizera sahir de casa para os seus negocios; que o Sr. M. R. apenas pôde ir uma vez á casa de um amigo e á praça do Commercio, mas que os soffrimentos, que o torturavão, o obrigárão a voltar logo para o leito ; que depois desta sahida nunca mais se levantou.

Durante 25 dias suppurárão as incisões feitas.A cicatrização, entretanto fez-se relativamente de modo rapido; durante, porém, 42 dias não deixei o doente urinar senão pela sonda ; pareceo-me então estar a fenda da urethra cicatrizada ; autorisei o doente a urinar sem algalia; no fim de 3 dias formou-se um pequeno abscesso, que abri ; por ahi passava a urina a cada micção. Voltei á algalia durante dous mezes e cicatrizou-se a fistula. A convalescença foi longa, banhos de mar e exercicio moderado.

Os corpos, que vêm da bexiga para fixarem-se na urethra, são coalhos de sangue, pequenos calculos, fragmentos de pedras em via de segmentação ou esmagados pela lithotricia.

Esses corpos, desde que seu tamanho se acha em desproporção ao calibre da urethra, ficão geralmente engasgados na porção membranosa ou na fossa navicular, isto é, atrás dos pontos mais estreitos do canal. Porém, mesmo um concremento pouco volumoso ás vezes é retido quando existe um estreitamento organico da urethra. O Sr. Dr. Pedro Affonso teve a gentileza de nos communicar tres casos de retenção de urina por presença de calculos engasgados na urethra, que passamos a descrever em resumo :

OBSERVAÇÃO XVI. Retenção completa devida a um calculo nephritico engasgado na urethra. Extracção. Cura.

I. D. C. portuguez, morador em S. Christovão, apresentou-se no consultorio do Sr. Dr. Pedro Affonso Franco a 7 de Junho de 1877, seriamente incommodado por uma retenção completa de urina.

Referio que varias vezes tivera colicas nephriticas,mas que nunca lhe succedeu o que agora lhe acontece.

Tendo tido ha 15 dias uma dessas colicas, cessou a dôr, como costumava, subitamente e sentio-se bem. Mas sem motivo algum, no dia 9 de Junho, ao levantar-se da cama, não pôde fazer a micção, começou a sentir dores na bexiga e puxos, pelo que recorre ao cirurgião procurando allivio.

O Sr. Dr. Pedro Affonso, examinando o doente, encontrou ao nivel do bulbo um embaraço á passagem da sonda de gomma. Lançando mão de um catheter metallico, reconheceu a presença de um calculo e desde então estabeleceu o diagnostico de calculo nephritico, engasgado na urethra, produzindo retenção de urina.

O distincto Professor tratou então de remover a causa do incommodo do doente. Com uma cureta articulada, cuidadosamente manejada, pôde o cirurgião extrahir um calculo, do tamanho de um grão de feijão, constituido por oxalato de cal, liso e pesando tres grammas. Logo em seguida introduzio uma sonda de gomma n. 20, que foi fixada e o doente retirou-se para a sua casa,livre de incommodo. A sonda foi retirada no dia seguinte e o doente restabeleceu-se.

OBSERVAÇÃO XVII. Retenção de urina. Calculo alojado atraz de um estreitamento de urethra.

C. P. V. consultou o Sr. Dr. Pedro Affonso por soffrer desde longa data de embaraço na micção, que, havia algum tempo, tinha-se tornado quasi impossivel, traduzindo-se por frequentes retenções de urina.

Reconheceu-se a existencia de um estreitamento de urethra, que foi logo dilatado verificando-se em seguida que havia um calculo alojado após elle, o qual extrahido ; nunca mais o doente soffreu de retenção.

OBSERVAÇÃO XVIII. Retenção. Calculo na porção bulbosa. Lithotricia. Cura.

C. P. empregado no commercio, apresentou-se em 15 de Junho de 1886 no consultorio do Sr. Dr. Pedro Affonso, affectado de uma retenção de urina.

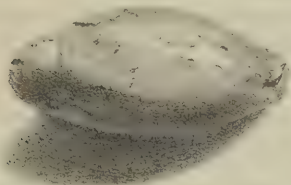
Referio esse doente que tivera, havia oito dias, uma colica violenta, a qual foi acalmada pelo uso de varios meios.

Sondando reconheceu o cirurgião que um calculo estava engasgado na porção bulbosa, obstruindo a urethra e impedindo a micção.

O Dr. Pedro Affonso introduzio uma sonda metallica n. 18 e com esta repellio o calculo para a bexiga, retirando ao mesmo tempo a urina. Logo depois fez uma injecção com acido borico a 4 % e por meio de um lithotridor pôde esmagar o calculo, retirando em seguida os fragmentos.

O doente não teve accidente e restabeleceu-se promptamente.

OBSERVAÇÃO XIX.—Retenção de urina. Calculo urethral. Desbridamento do meato. Extracção. Cura.

(*Caso observado pelo Dr. Tiberio de Almeida e communicado á Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em sessão de 30 de Setembro*).

No dia 5 de Março de 1883, em Araraquara, fui consultado por A. J. F., de 34 annos de edade, casado, agricultor, de temperamento lymphatico, rheumatico, por soffrer ha mais de 4 annos de *embaraço* na micção, cada vez mais consideravel.

Jamais tivera blenorrhagia nem molestias syphiliticas. Em consequencia da difficuldade, que experimenta ao urinar, ultimamente começára a recorrer a uma *taquara bem fina*, para facilitar a micção, visto nenhum resultado haver colhido dos medicamentos até então usados.

Pelo exame feito por meio do catheterismo e da palpação, reconheci na fossa navicular um corpo duro, resistente, não rugoso, prolongado até certa extensão para o lado da porção esponjosa da urethra, alèm do qual só passava uma sonda capillar. Exteriormente existia uma amplificação do penis, correspondente á séde do corpo encontrado.

Não hesitei em diagnosticar : calculo urethral.

Pela estreiteza do meato, fiz o desbridamento, e então por meio de uma pinça commum consegui a extracção do calculo.

Notei ainda a grande dilatação do canal, na parte em que o calculo estava engastado.

Ainda é visivel a impressão deixada pela pinça, na extremidade inferior do calculo.

(Este caso vem publicado no n. 40 do *Brazil Medico*. A figura representa o calculo em tamanho natural).

CAPITULO VII

Das retenções de causa dynamica

Integridade funccional dos dous apparelhos musculares da bexiga, condição indispensavel para a micção normal. Resultados do desiquilibrio. Atonia e paralysia. Etiologia da paralysia vesical, seus symptomas e consequencias. Retenção por choque traumatico. Observação. Dous casos do Professor Verneuil. Interpretação dos phenomenos observados : a retenção muitas vezes é um phenomeno reflexo. A retenção em molestias geraes. Observações.

Nos capitulos precedentes nos occupámos das diversas especies de retenção,produzidas em consequencia de obstaculos mecanicos ao curso da urina ; passaremos a estudar agora as retenções, nas quaes predomina como causa o elemento nervoso. Teremos de tratar, pois, dos differentes generos de inercia da bexiga, quer essenciaes (pertencentes ás chamadas nevroses da bexiga), quer symptomaticas, que dependem de lesões dos centros nervosos ou dos nervos, que se distribuem no reservatorio urinario.

Para que a micção se faça normalmente,é necessario haver integridade no funccionalismo de dous apparelhos musculares distinctos : da tunica muscular da bexiga de um lado e dos musculos do canal da urethra, ao nivel do collo (sphincter da bexiga) do outro.

Emquanto o corpo da bexiga se contrahe, para expellir o liquido contido no seu interior, o sphincter vesical se dilata e vice-versa. O mesmo phenomeno se manifesta relativamente ás fibras do corpo e ás do collo do utero, no estado de gestação. Desde que existe um desequilibrio no antagonismo desses dous apparelhos musculares, sobrevem forçosamente ou a incontinencia ou a retenção.

A primeira dá-se todas as vezes que a energia das contracções da bexiga vence independentemente da vontade do

individuo a resistencia, opposta pelo collo, ou se este ultimo em virtude de uma paralysia deixa de funccionar completamente. A retenção por sua vez sobrevem quando o collo se conserva em contractura, havendo integridade da funcção vesical, ou quando esta ultima se acha aniquilada ou enfraquecida de maneira a não despertar no collo a sensação necessaria para que a acção reflexa da micção se estabeleça. Este ultimo phenomeno observa-se na paralysia da bexiga (akinese, cystoplegia). Faço notar aqui que estabeleço uma distincção entre atonia e paralysia, ainda que as duas geralmente se achem intimamente ligadas uma á outra.

Na primeira ha integridade de innervação, porém alteração ou *læsa functio* da fibra muscular; na segunda a camada muscular da bexiga acha-se anatomica e physiologicamente intacta, existindo uma lesão dos nervos ou uma nevrose. Encontra-se a paralysia da bexiga principalmente na edade adulta, mas póde tambem ser observada na adolescencia e até em crianças. A molestia apparece mnitas vezes em individuos, que têm o máo habito de reter a urina voluntariamente por um tempo mais ou menos prolongado ou que satisfazem de modo incompleto a vontade de urinar, o que é commum nas pessoas, que têm por costume urinar em posição deitada.

Além destas causas ha molestias geraes e locaes, capazes de determinar a paralysia : inanição, fraqueza geral, diabetes, syphilis, typho, pneumonia.

Depois temos as molestias propriamente nervosas, as affecções do eixo cerebro-espinhal e os traumatismos dos centros nervosos. Durante o nosso internato na casa de Saude de S. Sebastião, vimos duas vezes retenção por paralysia da bexiga sobrevir em alienados; em um delles ella cedeu espontaneamente, no outro foi preciso recorrer por diversas vezes ao catheterismo.

Na paralysia, que se manifesta gradualmente, a vontade de urinar apparece raras vezes e não sendo satisfeita, dissipa-se logo. O doente, durante a micção, tem de empregar grande esforço para supprir a falta da contractilidade vesical pela contracção dos musculos abdominaes e do diaphragma, o jacto é fraco, interrompido e cahe perpendicularmente, mais tarde a micção só se faz ás gottas. A urina, em virtude da stagnação, torna-se turva e ammoniacal decompõe-se no interior da bexiga e irrita a mucosa desse orgão determinando cystite. Em casos graves o paciente não póde mais emittir nem uma gotta e a retenção transforma-se em completa. A bexiga distendendo-se cada vez mais, sóbe até acima da cicatriz umbilical e em alguns casos, apezar dessa distenção enorme, o doente não sente vontade de urinar.

Como consequencia desse estado sobrevem atonia e paralysia do collo, que se traduzem por regorgitamento e incontinencia. Finalmente a cystite se propaga aos ureteres, os rins participão da inflammação, o doente cahe em cachexia e succumbe com phenomenos uremicos.

A uremia faz sua invasão, quando pela retenção prolongada da urina a pressão intra-vesical se eleva ao ponto de tornar-se igual á pressão sanguinea, cessando por esse facto a secreção da urina.

A experiencia physiologica determina da mesma maneira uremia pela ligadura dos ureteres.

Praticando-se o catheterismo evacuador em um doente em que a retenção já durou alguns dias, apparece uma polyuria excessiva que, conforme a duração da retenção, póde estender-se a 10 e 14 dias.

Observámos casos, principalmente de traumatismos da medulla, nos quaes após retenção prolongada, pelo catheterismo, repetido 4 a 5 vezes nas 24 horas, se extrahia o sextuplo, e mais, da quantidade de urina normalmente secretada. A urina

nesses casos era pobre em principios solidos, muito clara, de pequeno peso especifico e não continha nem assucar nem albumina.

Não são raros os casos de paralysia da bexiga no choque traumatico e a imprensa medica cita innumeros casos.

Esta perturbação é frequentemente acompanhada de oliguria e incontinencia. Folgamos poder communicar um caso de observação propria, que nos parece merecer algum interesse.

OBSERVAÇÃO XX — Retenção de urina e oliguria. Fractura do femur. Choque traumatico. Cura.

Em Maio de 1887 o Dr. Monat foi chamado para vêr uma criança de 7 annos, que acabava de cahir do paredão do morro da Graça áladeira, que o costeia,de uma altura de 25 metros mais ou menos. Havia fractura simples do terço inferior da côxa esquerda. Depois de combater os primeiros symptomas do choque, o Dr. Monat applicou o apparelho americano de extensão continua, improvisado na occasião com o auxilio de um carpinteiro.

Apezar da altura de que cahio a criança, as lesões, exceptuando a fractura, se limitavão a pequenas excoriações e contusões sem importancia, por ter sido a queda amortecida pelos ramos dos arbustos, que se achão em grande numero no logar do accidente.

A região lombar não apresentava vestigio algum de traumatismo. Administrou-se uma poção com agua de flôres de larangeira, tintura de belladona e xarope de codeina.

No dia seguinte, em companhia do medico assistente, vimos pela primeira vez a pequena doente : tinha passado a noite agitada apezar de ter dormido algumas horas, porém com interrupção. Renovamos o apparelho.

Referirão-nos então que a criança desde o accidente não urinava, apezar dos esforços, que fazia para esse fim e das dôres, que sentia para o lado da bexiga.

Por meio de uma algalia fina o Dr.Monat retirou muito pequena quantidade de urina, 30 grammas talvez, em desaccordo com as sensações, que accusava a doente. A urina era limpida, de aspecto completamente normal. T. 38°5, pulso 120. A noite Dr. Monat foi do novo chamado para passar a algalia : mesma quantidade de urina.

Terceiro dia. — T. 38° P. 120. A' noite a temperatura era normal. Foi necessario ainda tirar a urina por meio da algalia, em quantidade sempre pequena, é verdade, porém maior do que na vespera : umas dez grammas mais.

Quarto dia. — Pela manhã ainda o Dr.Monat sondou a doente, sendo a quantidade de urina dupla, da do dia anterior.

O augmento da urina fez-se parallelamente á diminuição das dôres e do estado de excitação. A' tarde desse dia pela primeira vez essa criança urinou espontaneamente, nunca mais apresentando nem oliguria, nem retenção.

Nada sobreveio de notavel durante o tratamento, a fractura consolidou-se bem e o Dr. Monat apresentou a doente, sem encurtamento, à Sociedade de Medicina e Cirurgia.

Na observação acima não houve provavelmente lesão para o lado dos rins, visto como a urina conservou sempre caracteres normaes. E' de crêr que um traumatismo, capaz de determinar oliguria e retenção por contusão renal, se denunciasse por ecchymoses, dôres e sangue na urina, nada disso porém se notou, o que faz acreditar que essa oliguria e paralysia da bexiga são effeitos de um reflexo nervoso. De outro modo não se póde explicar a sua cessação rapida e progressiva sem algum phenomeno que denunciasse lesão do tecido na zona secretora. A não admittir o effeito de um reflexo, teriamos de suppôr que ambos os rins fôrão lesados, o que não é admissivel, visto como, nem os tecidos da parede abdominal, nem os da lombar, denunciavão contusão e tambem não seria possivel, porque as saliencias do esqueleto pelo menos terião indicado a violencia soffrida.

Na « *Gazette Hebdomadaire* » (Julho de 1877) o Professor Verneuil publica dous casos de retenção, acompanhada de oliguria em que houve traumatismos graves.

O primeiro doente recebeu um *coup de tampon* sobre o thorax, entre dous vagões. Notou-se logo no primeiro dia retenção, que cessou no segundo dia, mas a oliguria persistia. No segundo dia emittio o doente 250 grammas; no terceiro 350; no quarto 500; no quinto 600; no sexto 900. A urina nunca conteve albumina nem sangue. Descendo a oliguria, subio a temperatura : no terceiro dia 39°; no quarto 40°; no quinto 40°,4 e no sexto 40°,7.

Havia no doente fractura de diversas costellas, uma dellas perfurando a pleura e o pulmão correspondente.

O professor Verneuil prognosticou: « Cet homme va mourir parce qu'il a:

1. Une lésion thoraxique sérieuse;

2. Une contusion grave du rein et très probablement aussi du foie.

La lésion thoraxique nous est facilement démontrée par la fracture de plusieurs côtes et les phenomènes stetoscopiques. La lésion rénale n'est pas moins évidente puisque notre blessé a été atteint d'une oligurie persistante d'origine traumatique, bien qu'il n'ait jamais eu de sang ou d'albumine dans les urines.

La lésion rénale parait même avoir une plus grande importance que la pulmonaire; peut être aussi le rein contusionné ne fonctionne-t-il plus et l'autre fournit-il à lui seul par suppléance cette quantité énorme, par un seul rein, de 900 grammes d'urine. »

A autopsia revelou: rim direito fortemente contuso, com uma ruptura transversal profunda na face anterior, muito infiltrada de sangue, com fócos hemorrhagicos. Como diagnosticou o professor Verneuil a lesão do rim direito, não nos diz a observação, mas note-se: houve retenção e oliguria.

Esta foi abaixo da metade da urina emittida normalmente (1200 a 1500 grammas) e desceu a 250 grammas; logo, a oliguria corre por conta de um factor mais, além da contusão do lado direito, porque do contrario a bexiga deveria conter a quantidade de urina excretada normalmente por um rim — ou 600 a 750 grammas.

No sexto dia, vimos o doente expellir 900 grammas, isto é, mais de metade da secreção normal; logo, ou o rim contuso voltou a funccionar, o que não é admissivel em vista das lesões e da ausencia de albumina e de sangue, ou a excreção fez-se toda pelo rim esquerdo, o que não nos repugna, pois sabemos o modo por que orgãos pares se supprem.

Esta polyuria, não podemos dizer que corre por conta do contra-effeito do reflexo?

Resumo o segundo caso de Verneuil:

Um fabricante de instrumentos de pesca cahe sentado sobre uma verruma de perfurar cannas de pescaria. O ferido, reerguendo-se, puxa fóra o instrumento, sobe uma escada e annunciando a alguem, que acudia, o accidente, cahe sem sentidos, fazendo-se uma ferida no occipital.

No fim de 20 minutos volta a si. O professor Verneuil acode logo. O doente refere-lhe com lucidez o occorrido. O instrumento está manchado de sangue em uma extensão de 12 centimetros. O paciente apresenta uma ferida de 1 centimetro de diametro na prega femuro-perineal direita, perto do ischion, a dous dedos da linha mediana.

A ferida não sangra, mas o doente está extremamente pallido. As dôres do ventre, no lado esquerdo principalmente, são muito vivas e a apalpação desperta dôres mais violentas ainda. Horas depois o doente expelle um quarto de copo de urina sem sangue. As dôres abdominaes tornão-se atrozes, se exasperão por intervallos, irradiando-se até á espadua direita. Tenesmos vesicaes muito pronunciados, vontade de urinar muito repetida. Um catheter introduzido na bexiga deu sahida a poucas gottas de urina em quantidade sufficiente para encher apenas a sonda.

No dia seguinte as dôres se exasperão, mas não ha phenomenos de peritonite. Só á noite expelle 125 grammas de urina sem sangue. No terceiro dia as dôres se exagerão; agonia. A dyspnéa persiste; peritonite, vomitos fecaloides e morte no sexto dia.

Autopsia. — Mais de um kilo de coagulos sanguineos no pelvis; peritonite incipiente. Veia iliaca primitiva esquerda largamente ferida. A ferida mostra que o instrumento contornou

a parte superior da prostata e a inferior das vesiculas seminaes; abrindo a bexiga vê-se uma infiltração sanguinea consideravel no baixo fundo. Neste ponto ella está reduzida á espessura da mucosa, emfim o ureter esquerdo está cortado francamente a 5 centimetros acima de sua penetração na bexiga. Neste caso temos pois um só rim funccionando, visto como o producto de excreção do outro cahe no peritoneo; mas o doente apenas expelle 125 grammas em 24 horas, muito menos portanto da metade da excreção de um adulto. Logo, houve uma perturbação tambem em seu funccionalismo e tanto mais notavel, quanto a alteração é para menos, em vez de ser para mais, o que deveria ter logar em virtude da lei de correlação de funcção entre os orgãos pares. E' forçoso confessar portanto que o traumatismo directo pelas lesões e desorganisações, que determina, não explica sempre a diminuição da excreção nem a retenção. Devemos crêr na existencia de uma acção vaso-constrictora, por acção reflexa, sobre o orgão, que não soffreu a acção directa do traumatismo e paralysia, tambem reflexa, dos nervos da vida vegetativa, que se distribuem na musculatura da bexiga.

Que caminhos seguem estes reflexos? pergunta Nepveu, occupando-se da questão no congresso de Clermond-Ferrand (1876). Seguem uma via centripeta, se propagão pelos nervos do ureter ou do rim ferido até a medulla e dahi até o rim normal ou então a irritação traumatica segue a via centrifuga e passa até o rim normal, por intermedio dos ganglios micros copicos, semeados em profusão nas paredes vesicaes?

Nas tres observações que citamos, a do Dr. Monat e as do professor Verneuil, a oliguria corre por conta da acção reflexa inquestionavelmente. Será difficil agora admittir que esta acção se estenda á bexiga, para explicar a retenção?

Nos casos que até agora citamos como exemplos, a paralysia da bexiga era sempre ligada a lesões de pontos mais ou

menos afastados da bexiga; ha porém outras causas dynamicas de retenção, que não têm sua séde em regiões determinadas do organismo, mas que se prendem a certas molestias graves, como: o rheumatismo, a febre typhoide, o sarampão, a malaria, etc. Assim vimos uma vez a retenção sobrevir em um caso de accesso pernicioso, como o mostra a observação seguinte:

OBSERVAÇÃO XXI. — Estreitamento da urethra. Electrolyse. Febre perniciosa. Retenção de urina. Cura.

Julio B., 30 annos, brazileiro, empregado publico, casado, morador do Rio Comprido, de temperamento bilioso, consultou no começo de Maio de 1884 o Sr.Dr. Monat, em virtude de um estreitamento de urethra.

Esse doente tinha residido durante muito tempo em um logar marematico do interior, onde soffreu a miudo de febres palustres pelo que transferio sua residencia para a Côrte; tinha o baço e o figado augmentados de volume, apresentava certo gráo de ictericia e era ainda muito sujeito a accessos de malaria.

A principio esse doente foi submettido á dilatação gradual fazendo ao mesmo tempo uso do sulfato de quinina.

Mas como achava que por esse processo a dilatação da urethra progredia muito lentamente, pedio para ser operado. No dia 12 de Maio ajudei ao Sr. Dr. Monat a praticar a electrolyse empregando-se a lamina estreita do instrumento de Jardin. A operação foi feita no consultorio e não despertou a menor dôr nem houve hemorrhagia. Alta noite o Dr. Monat foi chamado para vêr esse doente, encontrando-o na phase de suor de um violento accesso pernicioso com retenção completa de urina pelo que foi preciso praticar o catheterismo evacuador. A sonda empregada para esse fim não encontrou em seu trajecto obstaculo algum, que fizesse acreditar na existencia de um spasmo ou inflammação da urethra. A urina era avermelhada e abundante.

A temperatura era de 40°. O Dr. Monat lançou mão de uma energica medicação especifica, dando sulfato de quinina internamente e injecções hypodermicas de bromhydrato de quinina. Apezar disso no dia seguinte sobreveio novo accesso, á mesma hora, e embora fôsse menos intenso, veio ainda acompanhado de retenção, tendo o doente urinado bem durante o dia.

Mandou-se insistir no uso do sulfato: os accessos tornarão-se mais raros tomando o typo terção e a retenção não se manifestou mais.

O caso vertente podia dar logar a algumas duvidas relativamente á etiologia da retenção, podendo-se interpretar os factos de maneira diversa.

1.º O accesso febril do dia da operação não era senão uma febre urethral ou uro-septica determinada pelo traumatismo da urethra. Mas então o doente em questão já teria apresentado reacções febris após os repetidos catheterismos nos dias anteriores, como é commum observar em individuos muito sensiveis, nos quaes a simples introducção de uma sonda molle e pouco calibrosa basta para despertar febre. Além disso tratava-se de um individuo já infeccionado pela malaria, que a miudo tinha soffrido de febres intermittentes e remittentes.

2.º A retenção de urina no caso em questão foi resultado da superdilatação da urethra que despertou uma inflammação de suas paredes, sufficiente para impedir a emissão da urina. Não ha duvida que isso muitas vezes se observa, principalmente após a divulsão com o instrumento de Lefort. Nessas condições debaixo da influencia peripherica, devida á superdistenção, dá-se um trabalho congestivo e sobrevem um engorgitamento, que, complicado ou não, de inflammação, diminue o calibre do conducto urethral e impede que a urina affaste as paredes da urethra (Guyon). No doente, porém, cuja observação communicamos, não se póde appellar para esse mecanismo, porquanto não podia ter havido contusão ou superdistenção das paredes urethraes, visto como apenas foi empregada na operação a lamina estreita do instrumento de Jardin, que corresponde ao calibre 14 ou 15 de Charrière.

E de facto, por occasião do catheterismo evacuador a sonda não encontrou obstaculo algum, que indicasse um spasmo ou estado congestivo.

Por conseguinte só podemos fazer essa retenção correr por conta de uma paralysia da bexiga, dependente de intoxicação palustre. Em nosso apoio citamos as palavras do nosso mestre, Professor Martins Costa.

« Casos ha, entretanto, em que phenomenos paralyticos

de origem differente manifestão-se em um só doente, em um unico accesso ou em accessos consecutivos.»

Mais frequentes, porém,são as retenções dynamicas ligadas a affecções do eixo cerebro-espinhal.

Nas duas clinicas cirurgicas da Faculdade, mais de uma vez vimos o accidente sobrevir nessas condições, tratando-se sempre de traumatismos sobre a cabeça ou o rachis. Apenas communicamos os casos, que nos parecem merecer mais interesse.

OBSERVAÇÃO XXII—Retenção. Fractura da 12ª vertebra dorsal. Meningo-myelite traumatica. Morte.

José Martha, 34 annos, branco, solteiro, portuguez, marinheiro, entra para o serviço do Sr. Barão de Saboia em 13 de Abril de 1885. Leito n. 12.

Anamnese.—Disse que trabalhando na manhã do dia em que entrou para o hospital, a bordo do brigue *Dona Anna*, cahio do tombadilho ao porão, batendo com as costas em umas barricas, e não podendo mais levantar-se nem mover as pernas, foi conduzido para a Misericordia.

Status prœsens.—Constituição forte, lymphatico-bilioso, lingua ligeiramente esbranquiçada. T. 38°. Pulso 60; achava-se em decubito dorsal, não podendo mover, levantar, nem suster as pernas quando erão collocadas em qualquer posição. Paralysia do recto e da bexiga, que achando-se repleta formava um tumor no hypogastro, apreciavel pela vista e pela palpação.

A região dorsal acha-se ligeiramente tumefacta e arqueada, com signaes de ventosas sarjadas, sem mudança na coloração e textura da pelle, sem elevação nem depressão apreciavel pela vista.

Pela pressão notou-se não só que havia augmento de sensibilidade ao nivel da 10ª á 12ª vertebras dorsaes, como tambem que nesse ponto havia uma ligeira depressão sem, comtudo, se poder notar crepitação ou movimento anormal. Não havia deformação alguma da parte. Os membros abdominaes estavão em paresia apresentando ao mesmo tempo a sensibilidade ligeiramente obtusa, principalmente para a parte inferior.

Marcha e tratamento.—*Dia* 13 *de Abril.*—Extracção de perto de um litro de urina, ligeiramente carregada, por meio de uma sonda de Nélaton (18) R. bebida de Stoll a. f. aos calices, ventosas sarjadas na columna vertebral. T. 37°,5.

Dia 14.—Estrahe-se a urina e colloca-se o doente em uma gotteira de Bonnet. T. 37°,8; vomitos.

Dia 15.— T. 38°; vomitos, abdomen tympanico, paralysia intestinal e da bexiga, extracção de 500 grammas, de urina, escura, com sedimentos.

R. Calomelanos, assucar de leite ãa... 6 decigrammas

Item Oleo de ricino.................... 45 grammas

Para tomar 1 hora depois.

Item Hydrolato de alface............ 120 grammas
Hyosciamina.................... 0,02 »
Xarope de flôres de larangeira.... 30 »

Para tomar ás colhéres. Temperatura á tarde 38°,5° continuão os vomitos não tendo o doente guardado igualmente o purgativo.

Dia 16.—T. 37°,8 ; ligeiras melhoras. Ventre menos tympanico, cessárão os vomitos, diminuio a dôr dorsal, persiste a retenção de urina. O catheterismo evacuador só dá sahida a 200 grammas de urina muito carregada.

R. Magnesia de Murray .... 1 vidro
Tintura de noz vomica.................. 12 gottas

As colhéres, alternando com a hyosciamina. Gelo á vontade e na medicação.

Dia 17.—O doente passou melhor. T 37°,6. Ventre flacido, secreção urinaria augmentada, urina menos carregada, com sedimento de phosphatos. Não tendo havido evacuação receitou-se capsula de taurina n. 1. Tome de 1 vez. Extrahe-se ainda a urina (800 grammas).

Dia 18.—Mesmo estado. T. 38°,7. Não tendo o doente evacuado, mandou-se dar outra capsula de taurina.

Dia 19.—T. 38°. A secreção urinaria, que havia diminuido, voltou ao estado normal. A urina tornou-se mais limpida e não contém mais depositos de phosphatos. Os vomitos cessárão completamente, continua, porém, a paralysia do recto e da bexiga. Não tendo ainda o doente tido uma unica dejecção, receitou-se:

Magnesia de Murray................ 1 vidro
Tintura de noz vomica.................. 15 gôttas

Tome aos 1/2 calices.

Dia 20.—T. normal, estado geral satisfactorio, o doente evacuou, pelo que se insiste na medicação da vespera. A' tarde a temperatura elevou-se um pouco e a urina torna-se sanguinolenta, com depositos de phosphatos, mas a secreção ainda é abundante.

Dia 21.—Continuando abundantes e hematuricas as urinas, receitou-se : mistura salina simples, 300 grammas, ergotina, 2 grammas, nitro 4 grammas, e xarope de flôres de larangeira, 30 grammas.—Aos calices.

Dia 22.— Urina mais clara, com menos sangue e mucosidades, que ainda são bastantes para obturar a sonda. Mesma medicação.

Dia 23.— A urina extrahida é ainda sanguinolenta, ammoniacal,escura, opaca e contem mucosidades. T. 38°,2. Persistem as paralysias. O doente não póde ainda mover os dedos dos pés. Ventre tympanico ; não evacuou. Prescreveu-se 1 capsula de taurina, continúa com a poção de ergotina. Extrahe-se a urina e lava-se a bexiga com agua morna, ligeiramente phenicada.

Dia 24. — Urina de melhor aspecto. O doente não evacuou. R. outra capsula de taurina. Lavagem da bexiga.

Dia 25.— Lavagem da bexiga. Havendo grande deposito de phosphatos na urina,qne ainda é sanguinolenta, substitue-se o nitro da poção, que o doente usava, pelo acido benzoico.

Dia 26. — O doente não evacuou.

R., magnezia de Murray................ 1 vidro
Ergotina.............................. 2 grammas
Tintura de noz vomica e acido benzoico ãa 1 gramma

A's colhéres de sopa de 2 em 2 horas.

Dia 27.— T. 39°. Fezes accumuladas no recto, sendo preciso retiral-as com um gorgerete. O doente teve á tarde do dia 26 e de manhã calefrios. A urina contém menos coagulos sanguineos, porém continúa ammoniacal. Cystalgia.

Dia 28. —O doente falleceu ás 2 horas da madrugada.

Autopsia.—Habito externo: uma eschara no calcaneo do pé direito, outras menores no terço médio da face anterior de ambas as pernas. Sudamina disseminadas pelo tronco, principalmente no dorso.

Ecchymoses hypostaticas nas regiões cervical posterior e lombar.» Os tecidos molles, circumvizinhos á columna vertebral, achavão-se todos contusos, ecchymosados e infiltrados de sangue escuro, principalmente na parte inferior da região cervical e dorsal, tornando-se ainda mais notavel ao nivel da 12ª vertebra dorsal, fóra do alinhamento e salientes posteriormente de um centimetro.

Uma depressão na columna vertebral na união da porção dorsal com a lombar, constituida por um desvio da apophyse espinhosa da 12ª vertebra dorsal.

Ruptura do ligamento das apophyses espinhosas, podendo-se comprimir a medulla com a ponta do dedo.

Na face anterior da 12ª vertebra dorsal ha uma solução de continuidade transversal e horizontal interessando todo o corpo da vertebra, de maneira tal, que o fragmento inferior escorregando para traz, comprimia a medulla.

Fractura e luxação da cabeça da costella, do lado esquerdo.

Pulmões. — Congestão hypostatica na face posterior de ambos os lados.

Rins. — Muito congestos.

Bexiga.— Retrahida, paredes espessas. Encrustações calcareas (phosphato-magnesianas) na mucosa vesical, contendo a bexiga 30 grammas de urina muito ammoniacal e purulenta.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO VIII

Do tratamento da retenção de urina em geral

Das indicações therapeuticas, sua variedade. Medicação interna. Catheterismo. O tratamento tem dous problemas a resolver: combater a causa e o accidente « retenção. » Hygiene e prophylaxia. Hydrotherapia. Tratamento em geral dos estreitados e dos prostaticos. Lavagens da bexiga. Electricidade.

As indicações therapeuticas nas retenções de urina decorrem naturalmente de suas causas pathogenicas: ora, como vimos, o liquido é retido, porque o reservatorio, que o contém, não obedece ás solicitações, provocadas pela excitação do collo; ora, a força propulsora da bexiga é inferior á resistencia, que offerece o obstaculo além de sua abertura.

Dahi duas indicações capitaes: dar ás paredes vesicaes o tonus primitivo, quando este tiver diminuido; fazer cessar a causa mecanica do obstaculo. O esboço, que fizemos das causas etiologicas das retenções, nos mostra como podem variar os meios de corrigir essas aberrações da funcção e a clinica faz vêr por seu lado, quanto são efficazes esses meios, quando empregados opportunamente e de modo acertado: *ars tota in indicationibus*. E' assim que um simples desbridamento do meato urinario faz cessar as retenções rebeldes contra as quaes foi infructifera a administração dos meios medicos,

anteriormente empregados. O mesmo succede praticando-se a circumcisão quando as estagnações são devidas á phymosis. Desta maneira vimos fazer cessar retenções rebeldes de que soffria um moço de 16 annos, filho de um distincto advogado e jornalista; neste doente o orificio do prepucio, que até aquella edade dava francamente sahida á urina, tornou-se depois desproporcional, em virtude do desenvolvimento dos orgãos sexuaes,—ao calibre da urethra e insufficiente para dar prompta sahida á columna de urina, expellida por contracções energicas da bexiga: dahi lucta, irritação dos tecidos, necessidade de grandes esforços, dôres, e como resultado final, spasmos da urethra produzindo a retenção, só á lembrança das torturas, que exigia a micção.

Podemos pois desde já fixar como regra prophylactica: estabelecer uma justa proporção entre o orificio de sahida da urina, o calibre da urethra e a força propulsora da bexiga.

Como corollario desta indicação de ordem cirurgica, mencionaremos a extracção dos corpos estranhos que se alojão, na porção esponjosa da urethra. Não é um disparate reunirmos na mesma classe estas duas ordens de factos, porque os casos clinicos (a urethrite, por exemplo), nos obrigando a admittir uma certa independencia entre os dous segmentos da urethra, (anterior e posterior), a simples passagem de um catheter nos mostrando que a irritação da porção bulbosa provoca contracções da porção membranosa, devemos naturalmente classificar ao lado do embaraço do meato ou do prepucio, causas de irritação, a presença de corpos estranhos na porção bulbosa; ahi, como na phimosis ou na atresia do meato, não é só a diminuição do calibre a causa da retenção, mas tambem o reflexo, que se traduz pelo spasmo da porção do canal, em que as fibras musculares representão papel importante. Deslocar, pois, o corpo estranho, extrahil-o por meio de pinças ou impellil-o até á bexiga para ahi esmagal-o ou melhor apprehendel-o, eis

ahi meios, que só na pratica poderão ser escolhidos e que preenchem duas indicações importantes.

A constipação intestinal rebelde, as fistulas anaes e principalmente as fendas da margem do anus estão nas mesmas condições: actuão por acção reflexa exclusivamente ou por ella e pela compressão exercida pelo accumulo de materias fecaes. Não precisamos indicar os meios exigidos por estas differentes causas para fazer cessar a sua acção sobre a livre passagem da urina.

Da mesma fórma não precisamos demorarmo-nos acerca das indicações therapeuticas e prophylacticas da retenção nos individuos hystericos, tão frequentemente sujeitos á stase da urina (Charcot, Briquet) e nos tabeticos, cujas contracturas urethraes se denunciando desde o começo da molestia, cedem repentinamente quando as lesões medullares aniquilão a transmissão do influxo nervoso, para dar logar até á incontinencia, á medida que as alterações vão se tornando mais pronunciadas para o lado dos feixes da medulla. Em todos esses casos a causa da retenção sendo toda dynamica, teremos que dirigir nesse sentido a medicação. Faremos cessar ou procuraremos attenuar a acção excitante pelos meios apropriados a cada causa,acompanhados do emprego de calmantes, belladona, opio, bromuretos, chloral, internamente ou em suppositorios. E' esquecendo a predominancia dos reflexos em muitas retenções, para não dizer na maioria dos casos, que levianamente se recorre logo ao uso da algalia, o que mesmo nos casos benignos não deixa de ter inconvenientes.

Na blenorrhagia aguda, nas ulcerações do meato, nas inflammações das glandulas de Tyson, na balanite, na cooperite, as retenções não têm outra causa, por via de regra, apezar de que se possa dizer que a intumescencia dos tecidos seja por si sufficiente para obstar á passagem da urina. Entretanto o uso do opio, por exemplo, ou de seus alcaloides, em dóses

repetidas continuadamente, de maneira a conservar-se o doente sob a acção do medicamento por um certo numero de horas, é sufficiente para fazer escoar-se a urina, tal qual como se se tratasse de um caso de *urethra pudica*.

O catheter em semelhantes condições é sempre um recurso a evitar-se. Na blennorrhagia,por exemplo, a algalia acarretará o pús da urethra anterior ou do meato, a que se restringia, á urethra posterior aggravando a molestia e difficultando a sua cura, ou pelo menos determinando complicações, que podem revestir caracter grave. A urethrite posterior e consequentemente a cystite, ainda que limitada ao collo, será por si causa de retenções ulteriores, tanto mais quanto a passagem do instrumento excitará os reflexos, que se poderião attenuar, produzindo erosões da mucosa, de onde consequencias, que tornaráõ mais precaria a posição do doente. O Sr. Dr. Monat relatou-nos o seguinte facto, que nos poderá servir de typo:

« Tratava-se, diz elle, de um blennorrhagico, morador á rua de S. José n. 95. Sobreveio uma retenção de urina. Receitei um centigramma de morphina de hora em hora, banhos mornos prolongados e suppositorios de belladona. No fim de 3 horas fui de novo chamado, o doente pedia-me com instancia que fizesse a extracção da urina. Inutilmente procurei dissuadil-o, esperei ainda uma hora e passei a algalia. Foi grande a satisfação do doente, mas tive que algalisal-o durante uma semana: sobreveio uma cystite grave, que a muito custo cedeu. »

Os cirurgiões inglezes associão ás preparações calmantes o uso do colomelanos em dóses fraccionadas.

Não sabemos como explicar a sua acção. Devemos attribuil-a a uma distrophia analoga á produzida na peritonite?

Não é crivel, nem os processos se parecem. Será produzindo uma dyscrasia que facilite o desengorgitamento, permittindo uma circulação local mais prompta? Os phenomenos

geraes a denunciarião. A acção purgativa do medicamento nem sempre se manifesta, ou pelo menos só no fim de muitas horas a diarrhéa apparece. E' de crer, porém, que esta não seja a sua acção, porque os seus congeneres não produzem o mesmo effeito, aquelles bem entendido, que podem ser supportados pelos doentes de vias urinarias, os salinos; porque, como é sabido, —o aloes, por exemplo, congestionando os orgãos pelvianos, é capaz só por si de occasionar a retenção, por pequenas que sejão as condições, que a isso predisponhão. Como quer que seja, eis um agente, que tem dado optimos resultados.

A esses meios empregados com o fim de obviar um embaraço momentaneo, accrescentemos os banhos mornos prolongados. Basta muitas vezes submetter o doente á immersão 45 a 60 minutos para vel-o urinar no banho mesmo. A sedação produzida póde bem ser comparada em seu mecanismo á que obtem alguns urinarios que, soffrendo de *micção matutina retardada*, conseguem urinar depois de terem andado alguns minutos ou exercido movimentos de tracção do penis.

Parecemos na nossa exposição confundir os meios de combater a retenção: assim apontamos a circumcisão e logo após, o uso do opio. O nosso assumpto é, porém, todo clinico e isso justifica a confusão apparente.

Dentre as causas de retenção por acção reflexa, citaremos ainda o coito incompleto ou melhor, o coito fraudulento—a *ejaculatio extra vas*, pelo estado de semi-erethismo, que produzirá spasmos, longe de ser acompanhado de repouso completo como succede no coito normal. Da mesma maneira se produzem nos onanistas perturbações da micção, desde a stranguria, a dysuria, até á retenção completa, seguida ou não de incontinencia. Os factos são muito numerosos para que se os possa pôr em duvida e nem sempre a irritação local produz phlegmasias, por cuja conta possão correr os phenomenos de retenção. Ao spasmo, porém, devemos accrescentar este

factor e ainda um outro : a presença de corpos extranhos, que estes infelizes viciosos fazem penetrar na urethra, com o fim de despertarem as sensações voluptuosas, confundindo-as com as dolorosas. Comprehende-se quanto póde variar a therapeutica das retenções a vista deste retrospecto das causas etiologicas, que vamos rapidamente recapitulando. Da sua variedade tambem se deduz que teriamos que nos desviar muito, se quizessemos abranger todos os recursos therapeuticos.

Infallivelmente seriamos incompleto, por mais que dissesemos, além de que teriamos de reunir cousas disparatadas: assim por exemplo, iriamos nós tratar da therapeutica do tabes, das operações reclamadas pela extrophia da bexiga, dos meios moraes de combater o onanismo, em um só quadro, porque estas diversas causas podem produzir um phenomeno deuteropathico—a retenção de urina ?

Antes de deixarmos esta ordem de factos, compararemos ainda os successos obtidos pela dilatação do sphincter vesical, nos individuos obrigados por suas profissões a se conservarem por muitas horas de pé, sem poderem satisfazer a necessidade de urinar. A este habito, que torna-se toleravel, succede em geral um spasmo do collo vesical, que obriga os doentes a recorrerem aos homens da arte, se o repouso por alguns dias não é sufficiente para restabelecer as funcções da bexiga, o que se obtem por via de regra se o doente soffre de uma urethrite, especialmente na porção vesical ou posterior.

A acção do frio é analoga : provoca reflexos cujo resultado é a contractura da porção membranosa, donde retenções.

Em todos esses casos é principalmente pelo catheterismo gradual ou pela dilatação brusca, sob anesthesia, que obtemos os mais favoraveis resultados.

Mais adiante nos occuparemos do modo de combater e de prevenir as retenções devidas ás alterações da valvula de Mercier.

Em todos os casos de retenção devidos ás causas, que acabámos de vêr, convém:

1.º Combater a causa determinante pelos meios proprios;

2.º Combater o accidente—retenção—pelos calmantes, opio, etc., os banhos prolongados e como ultimo recurso a sondagem ou a puncção.

Ao lado dessas indicações devemos citar logo o regimem a seguir pelos doentes expostos ás retenções, tanto por aquelles, que as têm de modo passageiro, por poucos dias, como pelos, que desprezando os recursos da arte, chegárão a um gráo em que a bexiga é incapaz de preencher os seus fins e em que só pela intervenção da arte a funcção vesical póde ser substituida, não restabelecida. E' em relação a esses doentes que tem cabimento o aphorismo *bien pisser est la première condition pour bien vivre*. Antes de tudo, portanto, esvasiar a bexiga de modo methodico, imitando a funcção physiologica. Sem anteciparmos assumpto de outro capitulo, indicaremos pois o esvasiamento methodico da bexiga naturalmente ou por meio de algalias. Dentre as causas que já citámos, algumas produzem retenções momentaneas, que não deixão signal, todavia na maioria dos casos isso não succede seguindo-se as regras que indicamos, sob pena de se repetirem as prisões de urina e de a ellas se seguirem os phenomenos de inercia da bexiga. Assim, pois, temos razão de insistir no esvasiamento methodico. Não é raro que um blennorrhagico, excedendo em seu somno um certo numero de horas, veja-se nas condições de um prostatico chronico, isto é, seja incapaz de esvasiar sua bexiga sem o auxilio da sonda, porque os meios brandos (banhos, opio, etc.,) são insufficientes para fazer cessar o engorgitamento do plexus de Santorini e de toda a mucosa urethral posterior, do penis, assim como não podem despertar contracções efficazes da bexiga, distendida

além de seu maximo normal. Dahi devemos concluir pela necessidade de insistir com os doentes para que, com intervallos de menos de seis horas, esvasiem o reservatorio urinario, facilitando-o por meio de banhos e pelo uso dos meios aconselhados para combater a molestia inicial. Como consequencia da regra teremos de indicar a necessidade da escolha do *habitus* para urinar. A todos os doentes de vias urinarias, sem excepção, assim como aos expostos a retenções, como phenomeno secundario, aconselharemos sempre que urinem de pé ou sentados no bordo de um movel, ainda que a sonda seja empregada para escoar a urina. Nesses doentes basta fazer uma experiencia comparativa para fazer sentir a necessidade do *habitus*.

Alguns, solicitados pelas contracções do collo durante a noite, urinão deitados seis, oito, dez vezes.

Se, porém, antes de se deitarem, esses doentes tiverem o cuidado de urinar de pé e de assim procederem toda a vez que fôrem de novo solicitados durante a noite, o numero de micções se reduzirá á metade, um terço ou um quarto. E isso se explica pela differença de situação do collo em relação ao trigono, que, sendo fixo no primeiro caso, permittirá a parte da urina escapar á acção das contracções ; no segundo não, porque se achará no mesmo nivel que o orificio da bexiga, para onde convergem todos os esforços de expulsão.

Ao lado deste conselho devemos accrescentar o uso de roupas de cama, colchões, etc., que conservem o doente em temperatura conveniente, mas não capaz de congestionar o pelvis especialmente.

E' sabido por todos os prostaticos que o uso de colchões de lã, de paina, de pennas e o uso do *edredon*, das cobertas de lã, por uma noite, basta para provocar micções repetidas e mesmo retenções geraes. Devem, pois, os pacientes observar o maior cuidado na escolha das roupas da cama, procurar

sempre aquillo, que não os aqueça demasiado, sem que todavia caião no extremo opposto, porque o frio, como já dissemos, é capaz por si de provocar spasmos e produzir o mesmo resultado.

Já que fallámos em camas, a transição não é brusca: os doentes expostos a retenções chronicas, exhalão quasi sempre, se não têm o maximo cuidado, um certo cheiro urinoso pelo qual se os póde conhecer.

O mesmo se dá em relação aos objectos em cujo uso diario os doentes se achão. Este cheiro ammoniacal e nauseabundo, que exhalão até quando fallão alguns doentes, cujas roupas estão impregnadas de urina, cujas calças na parte correspondente á posição do penis apresentão uma mancha vermelha amarellada, este cheiro ammoniacal fórma ao redor do individuo uma athmosphera á qual elle está habituado a ponto de não percebel-a, mas que lhe é nimiamente nociva, produzindo inappetencia, perturbações gastro-intestinaes e intoxicando-o lentamente pelo ar que respira. Se se toca a pelle desses doentes, ella é secca em geral, mas não é raro que exhale um certo gráo de humidade pegajosa e fetida. Convem aos individuos sujeitos a retenções, o maior cuidado nesse sentido: seus aposentos devem ser bem ventilados, lavados frequentemente, dispostos de modo a receberem luz e ar em quantidade sufficiente; convem durante o dia expol-os á acção do sol, de modo a varrer-se aquella atmosphera prejudicial.

A esses doentes é tambem de necessidade o uso de banhos geraes frios ou mornos, conforme o habito e as condições de tolerancia modificadas pela molestia.

Todos os praticos recommendão com a maior instancia a taes pacientes — expurgarem a pelle de todas as impurezas, que a tornão impropria ás funcções a que ella é destinada, e que como emunctorio natural substitue ou, pelo menos

compensa em grande parte a acção do rim, que se faz de modo incompleto. Os inglezes insistem muito no uso dos banhos frios, acompanhados de fortes fricções da pelle, por meio de esponjas e escovas, o que preenche duplo fim: facilita o seu asseio, tão indispensavel, e estimula as funcções de calorificação e de transpiração.

Esta indicação julgamos da maior importancia e acreditamos não errar dizendo, apezar de todas as objecções theoricas que se nos poderia fazer, que a hydrotherapia (sobretudo os banhos de chuva e os banhos de mar) representa o tonico por excellencia dos urinarios. Os banhos de mar são duplamente uteis, se se tem o cuidado de recommendar aos doentes o exercicio matutino moderado, tão util e necessario. Com o seu uso dentro de pouco tempo se regularisão as funcções da pelle, o appetite volta, as digestões se fazem melhor, o somno torna-se ininterrompido e reparador, e o doente chega a quasi não se queixar de sua bexiga, que, adquirindo um certo tonus, permitte muitas vezes o abandono da sonda.

Não exageramos elevando tanto as vantagens da hydrotherapia, porque conhecemos muitos factos, que corroborão a nossa asserção.

Se ao regimen, que acabamos de indicar e que por si combate a vida sedentaria, aconselharmos ao doente que elle deve evitar os abusos venereos (tão prejudiciaes á molestia e á edade de um prostatico), se lhe recommendarmos de evitar os excessos de mesa, se lhe fizermos sentir as vantagens que resultão de uma alimentação variada, substancial e de facil digestão, em que alimentos vegetaes sejão combinados com a carne; o peixe e os vinhos fracos associados á agua simples ou bicarbonatadas e gazosas; se conseguirmos delle o abandono das especiarias em excesso (pimenta, canella, noz-muscada etc.) sem que por isso vá cahir em uma alimentação que deixe de despertar o appetite e a digestão; se por meio de

clysteres de agua morna, com ou sem outra substancia (oleo de ricino, sal de cosinha, etc.) provocarmos todos os dias uma dejeição matutina larga, abundante, sem tenesmos e contracções exageradas; se prevenirmos o doente dos effeitos de resfriamentos fazendo-o mudar de roupa toda a vez que transpirar, cobrindo-se convenientemente e sem excesso; se finalmente lhe fizermos evitar os esforços demasiados, os exercicios prolongados a carro e a cavallo; dentro em pouco tempo o moral do doente se reanimará, as micções nocturnas serão menos frequentes, os esforços para urinar não o fatigaráõ tanto, elle não terá necessidade de fazer tracções sobre o penis, para vêr sahir a primeira gotta de urina, nem de passeiar em seu quarto pela manhã antes de expellil-a, não será mais obrigado a recorrer á applicação da toalha molhada sobre o pelvis e o perineo quando despertar, recurso a que acudio tantas vezes. Com um esforço moderado verá a urina jorrar, ainda que não descreva mais a curva de 20 ou 30 annos passados. Elle não accusará mais a bocca secca, a sêde constante, as micções o satisfarão longe de serem seguidas dos interminaveis *coups de piston*, que tanto o martyrisárão, as côres naturaes da face voltaráõ, a pelle readquirirá a sua vitalidade, a anorexia desapparecerá e com estas melhoras cederá o rheumatismo, se se tratar de um velho. No caso contrario o marasmo, a anorexia, por si, minar-lhe-hão a vida e a cachexia fará os seus progressos com mais ou menos rapidez. Por via de regra é uma agonia lenta, despertada sómente pela irritação do collo, que traduzirá a aggravação da molestia pelo augmento do catarrho vesical; é uma agonia progressiva, fatal, cujo desfecho poderá ser apressado por uma pneumonia, uma embolia partindo dos seios venosos prostaticos, de um fungus do trigono, um abscesso articular, a pyelite, um flegmão perinephretico, uma intoxicação pela insufficiencia dos rins profundamente alterados. Accrescente-se á influencia da molestia em si, a de um vicio

diathesico por alcoolismo, albuminuria, glycosuria, tuberculose, carcinose ou gravelle e teremos o quadro sinistro do fim da vida desses infelizes.

A retenção de urina dos estreitados tem grande gravidade, é verdade, mas a dilatação do aperto da urethra faz cessar o cortejo de symptomas, que ameaça a vida do doente se elle se submette ao tratamento, e é o que succede porque os soffrimentos sendo agudos, ou melhor, mais accentuados do que em um prostatico, obrigão-no mais de pressa a recorrer ao cirurgião.

Em compensação a vida é immediatamente exposta pelas rupturas da urethra, pelos accidentes graves, que sobrevêm de chofre. Nos prostaticos, porém, a molestia invade lentamente, e quando por acaso uma retenção exige os recursos cirurgicos, o doente espanta-se com a declaração do seu estado melindroso. São hemorrhoides de que soffrem ha annos, dizem quasi todos os doentes e com razão apparente, porque as primeiras perturbações apreciaveis são todas pelo lado do apparelho digestivo e elles as attribuem á edade. Mas tambem as perturbações, manifestando-se lentamente, são mais difficeis de combater-se.

Nas retenções, não devidas á hypertrophia da prostata, agudas e completas, os soffrimentos são em pouco tempo atrozes, mas a probabilidade de cura é muito maior. Se nestes casos a morte tem logar ás vezes de chofre, é que uma sondagem intempestiva ou mal dirigida, produzindo erosões ou esvasiamento brusco da bexiga, expõe os doentes ora á intoxicação urinosa pela absorpção da urina decomposta, ora ás rupturas da urethra já erosada aquem do estreitamento, e que com maxima facilidade se esgarça quando é superdistendida.

E' aos prostaticos, pois, que aproveitão principamente os conselhos, que indicamos como regimen. Comprehende-se

facilmente que estes conselhos só serão de pouca utilidade, ou pelo menos de observação passageira, para um individuo moço e forte, que contrahisse a urethra para obter uma retenção voluntaria. Se nesse caso a micção não é retardada demasiado, ella se fará quando cessar a causa, que a impedia, com as perturbações conhecidas, é verdade, mas a funcção se restabelecerá e raramente exigirá tratamento, apezar das dôres que conserva o doente durante um ou dous dias. Se, porém, a demora fôr demasiada, se a bexiga fôr dilatada exageradamente, a sonda virá a ser necessaria e o doente apresentará depois phenomenos de incontinencia, com ou sem retenção, por inercia da bexiga, porque é sabido que pela distensão em excesso fica destruida, ou pelo menos paralysada momentaneamente, a contractilidade das fibras musculares do orgão. Eis-nos diante de um caso em que a electricidade é de maxima vantagem, sob a fórma de correntes continuas, ou o que é preferivel, de correntes de inducção.

E' nesses casos e nos seus analogos que ella tem indicação, nos estreitamentos, por exemplo. Na inercia vesical, consecutiva á hypertrophia da prostata, a electricidade de pouco proveito é. Nas retenções das mulheres paridas, sobretudo daquellas que soffrêrão pressão demorada da cabeça do féto ou traumatismo pelo forceps, cephalotribo, alavanca, etc., a electricidade é de vantagem, se a micção não se restabelece por si, como geralmente acontece sem emprego de meio algum.

Na hypothese contraria bastão duas a cinco sessões, introduzindo um electrode isolado na bexiga, a urina servindo de conductor, para fazer actuar a corrente sobre grande superficie da mucosa, o outro obrando sobre a região perivesical ou sobre o rachis. Seria entretanto imprudencia procurar combater por esse meio a stagnação dos estreitados logo apóz a operação, porque elle despertará um spasmo da

urethra e do collo, que, longe de ser util, virá expôr o doente a um soffrimento novo. Basta nesses casos calibrar a urethra e dissolver a urina administrando bebidas, em que a agua represente o principal elemento, para obter o resultado desejado, porque a concentração da urina é sufficiente para provocar spasmos, pelas dôres, que occasiona a passagem do liquido pela urethra, se esta apresenta um ponto da mucosa desnudado.

Parecemos estar em contradicção : de facto dissemos que a superdistensão da bexiga acarreta sua paresia. Entretanto sabemos que nos individuos moços uma excitação da urethra posterior desperta micções, que esvasião a bexiga, mesmo havendo stagnação habitual. São innumeros os factos. Em um calculoso, com stagnação, de Reliquet, toda vez que uma gravelle se insinuava no collo ou na porção membranosa, as contracções surgião e a bexiga se esvasiava.

Quando, porém, R. impellia um calculo á bexiga, em quanto ahi permanecia, a retenção se fazia. E' o que acontece tambem a um estreitado, que adquire uma blenorrhagia. Isso significa que as funcções do orgão não se perdem de todo, pelo que é possivel restabelecel-as, como em geral acontece, a menos que as retenções tenhão sido tão frequentes e por tanto tempo que a bexiga não goze mais de suas propriedades contracteis, em gráo mesmo pequeno. Ainda assim a retenção não é mais rebelde do que na hypertrophia da prostata, porque o trigono ainda conserva relações relativamente physiologicas para com o collo, o que não se dá na hypertrophia, em que este se eleva tanto que as relações com o baixo fundo são totalmente modificadas.

E' por esta razão que collocando uma sonda fina antes da dilatação do estreitamento, vêmos o doente que antes urinava apenas em gottas e a custo, urinar de modo mais facil e continuadamente : effeito da excitação da parte profunda da urethra e do collo ; effeito da capilaridade, dizem outros.

Parecemos, voltando sempre á retenção dos prostaticos e dos estreitados, invadir capitulos que virão depois, entretanto, nesta parte geral não podemos evitar isso, porque são esses doentes os que mais frequentemente apresentão esse symptoma, a ponto de muitos auctores, occupando-se do assumpto, só se referirem a elles.

Temos, pois, a contractura urethral, que em geral, resistindo ao esforço da bexiga e á pressão da urina, produz as perturbações da micção, aproveitando para mais tarde regularisar a funcção.

Em outra ordem de doentes a contractura, como vimos, causa da retenção, exige um cuidado especial; é o caso das affecções medullares em que estas contracções são acompanhadas de retenção ou de incontinencia, simulando um estreitamento, caso não se repetir a sondagem com grande cautela para evitar erosões.

O mesmo vale para os ataxicos com retenções de urina, pela saliencia do labio inferior do collo, valvula de Mercier. Nesses casos a sondagem absolutamente necessaria torna-se de repente inutil, para depois de alguns dias ser de novo preciso.

O tratamento desses doentes, quanto á retenção, consistirá em sondagens, apropriando ás modificações da valvula algalias *coudées* ou *bicoudées.*

Facto identico se observa ainda nas hystericas, cuja urethra, mesmo a bexiga estando vasia, segundo Reliquet, deforma-se por tal sorte que exige sondas de homem de grande curvatura. A proposito disso occorre-nos um caso, que observámos durante o nosso internato na Casa de Saude de S. Sebastião. Um louco apresentou um dia, sem causa apreciavel, retenção completa de urina. Estando de serviço nessa occasião, tentámos praticar o catheterismo : ao nivel do collo vesical encontrámos uma resistencia tenaz, que não sabiamos a

que attribuir, porque o doente não soffria nem de estreitamento, nem de calculo e tambem não tinha uma prostata deformada ou augmentada de volume. Tendo levado o resultado de nosso exame ao conhecimento do Director do Hospital, este mandou chamar o Sr. Dr. Monat, que pelos esclarecimentos fornecidos sobre o doente e por tratar-se de um doente do eixo cerebro-espinhal, suspeitou um levantamento da valvula de Mercier. O Dr. Monat deu então á sonda uma curva imitando o cotovelo do instrumento de Mercier, e penetrou logo, dando sahida á grande porção de urina. A' noite repetio-se a sondagem. No dia seguinte, nova retenção pela manhã, sendo preciso collocar o doente em camisola de força para sondal-o. Dahi em diante nunca mais as retenções se repetirão.

Os mesmos phenomenos de retenções passageiras se dão nos individuos victimas de prostatites chronicas e de inflammação do collo por blennorrhagias ou por qualquer outra causa. Nestes doentes, a par dos meios geraes indicados, a sondagem representa o mais importante papel therapeutico. Uma das complicações habituaes a essas perturbações da micção é o catarrho da bexiga, contra o qual são impotentes as sondagens e os meios internos, geralmente empregados. Esta complicação, sempre, difficil de combater nos casos chronicos, cede em geral com grande facilidade quando a inflammação da bexiga não data de muito tempo : e para combatel-a não é necessario outro recurso, além do empregado para debellar a causa da retenção. E' assim, por exemplo, que a dilatação da urethra e sua calibração ulterior fazem desapparecer de todo o catarrho.

Em alguns casos a decomposição de urina, consecutiva á sondagem, exige o emprego de um antiseptico, capaz de conserval-a sem que ás micções posteriores se manifestem flocos de muco ou de muco-pús e cheiro ammoniacal; de todos os agentes empregados o de mais confiança, o que além desta

vantagem reune a de não provocar phenomenos de irritação das paredes, é o acido borico na dóse de 4:60, quantidade geralmente injectada afim de evitar as distensões dolorosas da bexiga, o que geralmente succede quando se a excede. Não ha muito tempo empregavão-se as lavagens da bexiga por meio da sonda de dupla corrente; desde que porém o Professor Guyon demonstrou que o liquido penetrando pela sonda era incapaz de produzir um movimento de agitação de liquido, de modo a varrer as substancias contidas na bexiga, este meio foi totalmente abandonado. Hoje injecta-se simplesmente, deixando á bexiga o cuidado de expellir o liquido e os flocos em suspensão. A esse meio poder-se-ha associar o emprego dos balsamicos e dos saes mineraes sodicos.

Se, porém, o catarrho fôr rebelde, isto é, se os phenomenos dolorosos de cystite perdurarem, então ter-se-ha de recorrer ás instillações de prata, pelo methodo de Guyon, á cystotomia, á drainage da bexiga.

Rapidamente apenas indicamos o tratamento dessas complicações porque desejamos nos occupar demoradamente do tratamento das retenções, nosso assumpto.

Quanto á atonia consecutiva ás retenções nada será tentado, além das excitações electricas e dos meios geraes, que indicamos : só elles serão capazes de despertar a contractilidade e fazel-a voltar ao seu primitivo estado. O emprego da noz-vomica, da strychnina, de todos os agentes, emfim, capazes de despertar esta contractilidade, é formalmente contra-indicado, como nas molestias das vias urinarias em geral.

CAPITULO IX

Do catheterismo

Importancia e indicações do catheterismo. Escolha do instrumento. Regras para o catheterismo. Inconvenientes dessa operação. Sondas de Mercier, de Gelly, *condée* e *bicoudée* de Nélaton. Emprego da sonda em permanencia, suas vantagens. Obervação. Catheterismo forçado, operação condemnada. Methodo de Brainard.

O catheterismo é uma das operações mais preciosas e mais empregadas na cirurgia das vias urinarias, não sómente como meio de diagnostico, mas tambem como meio curativo. Sahiriamos do quadro de nossa these, se tratassemos aqui dos diversos processos do catheterismo fazendo sua descripção detalhada, se enumerassemos todos os instrumentos que servem para esse fim e se fizessemos um resenha completa das circumstancias em que o cirurgião tem de lançar mão dessa operação. Restringimos-nos unicamente ao catheterismo indicado nas retenções de urina. Eis um dos assumptos mais importantes nas retenções. Teremos que consideral-o sob dous pontos de vista :

1.º O doente sempre ourinou sem ter de recorrer ás algalias.

2.º O deslocamento do collo da bexiga impede o seu esvasiamento total ou parcial e exige a sonda constantemente. No primeiro caso a retenção é devida a uma inflammação da urethra, do collo, a um calculo, etc., no segundo ha hypertrophia da prostata. Ahi o cirurgião intervem fazendo cessar a causa da inflammação e o doente não necessita mais das algalias ; na segunda hypothese o paciente está condemnado definitivamente ao uso da sonda, ou quando muito só por seu uso prolongado poderá voltar a urinar espontaneamente.

Temos, pois, de estudar o manejo do instrumento pelo medico e pelo doente.

De modo geral podemos dizer que o catheterismo é indicado toda a vez que não dão resultado os meios já indicados, sobre os quaes se terá insistido. Em alguns casos, porém, o medico, em vista da impaciencia dos doentes, vê-se obrigado a recorrer logo á sonda, tanto mais que aquelle, que não teve occasião de assistir a esse estado de excitação, receia logo vêr romper-se a bexiga sob as energicas contracções do doente e que só dão como resultado sahida de gazes, de materias fecaes e mesmo prolapso da mucosa rectal. Em alguns casos, porém, é forçoso confessar que os meios medicos : banhos, opio, compressas frias, etc., de nenhum effeito são, o que succede nas prostatites agudas, principalmente quando o orgão se abceda. O mesmo diremos em relação a certos corpos estranhos capazes de por si só obstruirem a urethra ou o collo, preenchendo então a sondagem, dupla indicação : esvaziar a bexiga e repellir o corpo extranho, que depois será extrahido ou fragmentado pelos meios proprios. Ainda exceptuaremos os casos em que a bexiga é tomada de chofre de paresia, como succede em certos traumatismos dos centros nervosos e nas retenções de causa dynamica em geral. Por via de regra, porém, nos casos de retenção devida a spasmos, a reflexos, assim como na inflammatoria, o catheterismo póde ser dispensado. Admittida a hypothese de se ter de recorrer á algalia, de que instrumento devemos lançar mão?

E' em geral á sonda de carteira que se recorre em casos de urgencia, dahi a frequencia de accidentes, como falsos caminhos, perfuração da prostata e do septo recto-urethral. Para aquelle, que não está habituado á sondagem, grandes sorprezas estão reservadas. Sondar é sempre uma operação, que exige paciencia, geito e prudencia, e essas qualidades são ainda mais necessarias quando o doente está em estado de agitação,

quando lhe falta calma e quando a custo obedece ás ordens do medico.

Convém, em qualquer que seja a circumstancia, a menos que o medico conheça a urethra, que vai sondar, começar por escolher um instrumento flexivel e de calibre medio, entre 12 e 20 (Charrière). Este instrumento, depois de penetrar oito a dez centimetros mais ou menos, encontra um embaraço na urethra a mais sã: é a contracção da porção membranosa; depois de pequena demora esta resistencia cederá, a menos que uma causa exista entretendo o reflexo, segundo o que dissemos; vencido este obstaculo a sonda, logo que é impellida, dá sahida á urina, mesmo antes de penetrar na bexiga, o que se reconhece pela sensação devida a estar livre a extremidade. Este catheterismo de uma urethra normal é o typo da operação.

Retirando-se a sonda no fim de algum tempo, ella está curvada na extremidade vesical e desenha mais ou menos a curvatura do canal. Esta curvatura varia conforme o individuo, a edade, as lesões da prostata, etc.

Se assim é, devemos concluir:

1.º Que contra a resistencia da porção membranosa a pressão não deve ser exagerada.

2.º Que a sonda deve, quando o cirurgião não conhece ainda a curva da urethra do doente, ser de substancia capaz de se adaptar ás curvas eventuaes, e que nunca poderão ser calculadas *a priori* de modo exacto.

Esta deducção nos faz excluir logo as sondas metallicas, se o embaraço á micção depende de uma causa, tendo por séde a urethra posterior e capaz de deformar a sua curvatura. Não é sómente a hypertrophia da prostata, que produz uma deformação do canal da urethra; um estreitamento, quer na porção anterior, quer na posterior, póde tomar uma configuração impossivel de se determinar antes da sondagem. Todos sabem que depois de se ter experimentado muitas vezes

sondas de toda a especie, basta dar á extremidade do instrumento uma das fórmas em bayoneta, em zig-zag, em saca-rolha, etc., como o fazia Leroy d'Etiolles e o fazem hoje os seus successores, para vêr a sonda penetrar facilmente. Quando se examina uma sonda, que permaneceu na urethra 24 ou 48 horas, estas deformações são frequentes.

Reservaremos, pois, as sondas metallicas para as urethras já exploradas e conhecidas, para aquellas em que tivermos já tido occasião de reconhecer a indicação da curva de Gelly ou das sondas de Mercier. Exceptuando estes casos, as sondas devem sempre ser de gomma, e dentre estas escolheremos as que não offerecem extremidade conica, porque a sua ponta poderá penetrar em uma lacuna da mucosa, produzir uma perfuração ou pelo menos uma erosão, por onde a urina poderá ser absorvida, produzindo phenomenos mais ou menos graves. As sondas que geralmente temos visto empregar no Hospital da Misericordia e na clinica civil de muitos cirurgiões distinctos, são as de extremidade olivar e as chamadas de Nélaton, de borracha, muito flexiveis. Estas se insinuão com certa facilidade, e pela sua consistencia obedecem a todas as deformações possiveis sem contundir ou ferir as paredes urethraes. As sondas olivares tambem estão nestas condições, porque o collo que sustenta a oliva, sendo muito flexivel, com facilidade obedece ás resistencias, que encontra, e se desvia sem offender a mucosa. Conforme os casos indicaremos, havendo inflammação da uretra, blenorrhagia ou não, corpos estranhos, spasmos em geral, uma sonda de calibre 14, 16, 18 ou 20, que penetra melhor do que uma sonda fina 7, 8 ou 9.

Devemos, porém, ter sempre em mente o calibre do meato; porque em casos de bridas e de cicatrizes ter-se-ha de intervir desbridando-o, antes da introducção da algalia. Insistimos na questão do calibre da sonda, visto como não é raro vêr-se tentar o esvasiamento da bexiga por meio de sondas muito

calibrosas, além do que permitte a elasticidade maxima e normal das paredes. Nesses casos, porém, ainda que o esvasiamento se faça, uma nova retenção é por via de regra a consequencia da manobra, porque a contusão da urethra e do collo dá logar a uma inflammação ou um spasmo, que suspenderá o funccionalismo da bexiga.

Isto succede frequentemente quando se pratica a dilatação da urethra em casos de estreitamentos, empregando-se instrumentos demasiado calibrosos. Ao inverso do mecanismo que apontamos, vemos muitas vezes, sendo introduzido um instrumento de calibre exagerado em relação ao canal, o cirurgião não poder praticar a sondagem depois.

Ha pouco tempo o Sr. Dr. Oscar Bulhões apresentou um novo divulsor—algalia, destinado a prevenir as retenções apóz a divulsão da urethra, porque, dizia elle—depois da operação pelo instrumento de Lefort— muitas vezes não podia esvasiar a bexiga. Cremos, porém, que para evitar este accidente basta não empregar um instrumento de calibre desproporcionado ao da urethra.

Voltemos á questão da curvatura da urethra. E' principalmente na hypertrophia da prostata que esta questão tem toda a importancia. E' impossivel dizer-se até que ponto será deformado o canal, entretanto, de modo geral podemos affirmar que á medida que a prostata cresce, a curva urethral diminue, de modo a approximar-se a extremidade vesical mais da face posterior da symphyse do pubis, isto é, a formar um arco de menor diametro. Esta deformação irá até ao ponto de transformar a curva em angulo recto, porque a porção do canal, situada para diante da glandula, não acompanhará a evolução, por causa de suas relações com o ligamento de Carcassonne. Foi guiado por estes dados anatomo-pathologicos que Mercier diminuio a curvatura da sonda, tornou-a brusca e limitou-se aos tres ou quatro ultimos

centimetros, ao envez de fazêl-a começar de modo lento e gradual, formando um arco com uma corda muito maior, como na curva de Gelly.

Comprehende-se facilmente que o cirurgião penetrando com uma sonda destas, metallica, até á parte perineal da urethra, seguirá como se empregasse uma sonda totalmente recta; vencida a porção membranosa, elle abaixará fortemente o pavilhão do instrumento insinuando-o sempre. Ora, como a curva muito rapida ou o angulo da sonda torna a ponta muito saliente em relação com a parede superior, que ella nunca poderá deixar de seguir, desde que se offerecer a porção deformada da urethra á extremidade da sonda, esta penetrará e irá á bexiga, se nova curva ou novo angulo não existir, caso em que terá toda a applicação a sonda *bicoudée* de dous angulos (ambos obtusos), tambem de Mercier.

Examinando-se a direcção da sonda depois della ser introduzida, vê-se que ella é parallela aos eixos dos dous femures em extensão. Mas como a manobra exige, por via de regra, que o doente se conserve de côxas em flexão, a sonda fórma com ellas um angulo agudo, sendo preciso algumas vezes collocar o doente na extremidade da mesa, porque esta impede o abaixamento. Esta manobra é sempre dolorosa, pelo que as sondas metallicas devem ser reservadas para os exames da bexiga, da prostata, da urethra, e como sonda evacuadora sómente, quando o estado da urethra se oppõe á introducção de uma algalia molle. Para os casos ordinarios a sonda de gomma á preferivel, e principalmente quando o doente mesmo tem de fazer uso desses instrumentos. Por outro lado tambem os doentes habituão-se facilmente á introducção da sonda *coudée* ou *bicoudée*.

As extremidades destas sondas tendo certa consistencia de modo a poderem ser dirigidas convenientemente, constituem uma vantagem na maioria dos casos; muitas vezes, porém, a

mesma circumstancia é uma causa de embaraço, porque a saliencia da prostrata póde ser lateral e então a sonda não podendo desviar-se nesse sentido, a penetração na bexiga torna-se difficil. Nestas condições as sondas olivares ou cylindricas communs, ou melhor ainda as de Nélaton, são de grande vantagem e as unicas a aconselhar. Para introduzil-as basta dar ao mandarim a curva de Mercier, levar a sonda até á porção deformada e ahi, por um mecanismo simples, retrahindo o mandarim e impellindo a sonda ao mesmo tempo, ella penetra com facilidade. Os outros casos, que indicão o catheterismo, não apresentão indicações especiaes além do que dissemos. Apenas lembramos, para evitar repetições, que nos casos de spasmos e de inflammação, quando as paredes do canal não cedem á primeira pressão da sonda, muitas vezes basta insistir exercendo ligeira pressão, para vêr cessar a resistencia, porque em um caso a turgescencia dos tecidos diminue pela compressão, no outro a fadiga muscular, sorprehendida pelo instrumento, dá logar ao affastamento das paredes e por conseguinte á passagem da sonda.

Depois de penetrar o instrumento na bexiga, o cirurgião deve dar escoamento á urina com grande cautela, gradual e lentamente, não só porque cessando de modo brusco a distenção da bexiga e a compressão excentrica, o affluxo do sangue ao pelvis póde dar logar a uma syncope, principalmente o doente estando em pé, como tambem porque a mucosa vesical, habituada áquella compressão e conseguintemente a uma circulação lenta e insignificante, repentinamente turgida, póde dar logar a hemorrhagias, capillares é verdade, mas que virão crear um novo accidente a combater-se.

Ainda um inconveniente deste esvasiamento brusco é a involução da bexiga, analoga á do utero, pelo vasio que se formará. Além disso a bexiga libertada bruscamente de uma grande quantidade de liquido, cahe em uma especie de atonia,

que não lhe permittirá exercer suas funcções, o que já a repleção por si determina ou prepara. Tambem o cirurgião deve ter em mente que, por via de regra, o esvasiamento total da bexiga depois de uma retenção chronica pode produzir, se o doente é moço, forte e robusto, uma contractura da bexiga em vez de atonia, contractura essa, que despertará dôres atrozes ou finalmente se se tratar de um prostatico, a bexiga difficilmente voltará á sua contractilidade normal. Só nas retenções agudas, tratando-se de um individuo moço, a bexiga póde readquirir logo sua tonicidade por uma simples sondagem.

Não podemos deixar de dizer uma palavra sobre a conveniencia de deixar-se uma sonda em permanencia. Esta pratica nos parece de grande utilidade e conveniencia, não sómente para prevenir uma primeira retenção e outras complicações após certas operações, como urethrotomia interna, divulsão, etc. mas tambem para combater uma retenção já existente e evitar que ella se reproduza. A demora da sonda depois das operações, que acabamos de mencionar, já tem sido muito discutida, apenas podemos enunciar nossa opinião individual, resultante de observação propria.

O Sr. Barão de Saboia diz no seu livro de Clinica Cirurgica a esse respeito:

« Sou em absoluto contrario ao emprego permanente das sondas, já porque não resulta dahi a menor vantagem para segurança da cura, já porque ellas produzem uma urethrite ou augmenta a irritação, que se tem de manifestar na solução de continuidade da urethra. »

Durante os dous annos, porém, que tivemos a fortuna de servir como interno na enfermaria de nosso distincto mestre o Sr. Dr. Lima Castro, que systematicamente emprega a sonda em permanencia, durante 24 horas no minimo, após urethrotomia interna e divulção, vimos essa pratica ser sempre coroada do melhor resultado.

Febre urethral, retenção de urina, infiltração urinosa e outros accidentes, sobrevinhão sómente quando esse cuidado não era observado. Então mais de uma vez acontecia que, querendo-se explorar a urethra, operada dias antes, não se conseguia, ou sómente com grande difficuldade, passava uma sonda. A indicação para a algalia, em permanencia, impõe-se ainda com mais razão, quando se trata de um individuo, que, em virtude de retenção exagerada e chronica antes da operação, apresenta atonia completa da bexiga. (*Vide* Obs. III) e quando o estreitamento é complicado de fistulas urinarias ou na imminencia de infiltração de urina, principalmente nas rupturas traumaticas da urethra. Tambem nos estreitamentos muito adiantados e complicados de retenção de urina em que o gráo pronunciado da coarctação não permitte uma intervenção cirurgica radical e immediata, obtem-se resultados excellentes quando se é bastante feliz de introduzir uma vela capillar até á bexiga. A' primeira vista parecia que desta maneira a urethra ficasse de todo obstruida, impedindo até a passagem de uma gotta de liquido. Mas a pratica demonstra que nessas condições a urina se insinua por entre a vela e a circumferencia do estreitamento, principalmente quando o doente se acha collocado em um banho morno. O escoamento da urina não sómente se estabelece pouco a pouco, como tambem um gráo de dilatação sufficiente, para 24 horas depois praticar-se com facilidade uma divulsão ou urethrotomia. Um exemplo sirva de confirmação para o que acabamos de enunciar.

OBSERVAÇÃO XXIII.— Retenção chronica. Estreitamento de urethra. Electrolyse sem conductor. Catheterismo. Sonda em permanencia. Electrolyse. Cura.

I. G. 41 annos, brazileiro, tabellião, residente em Taubaté, veio em 18 de Setembro de 1883 á Côrte para ser operado. Accusa antecedentes blennorrhagicos e refere que sondagens praticadas annos antes fôrão sempre seguidas de hemorrhagias, febre e calefrios. Antes de vir ao Rio ainda urinava em jorro fino,

mas não podia esvasiar completamente a bexiga. Durante a viagem, porém, teve uma retenção completa sendo obrigado a fazer quasi todo o trajecto no *water-closet* do trem de ferro sem conseguir a micção.

Desembarcado procura o Dr. Monat. E' impossivel passar uma sonda. No dia 19 o Dr. Monat, auxiliado pelo Sr. Dr. Lima Castro, procurou fazer a electrolyse sem conductor, mas não conseguio vencer todo o estreitamento pelo que foi interrompida a operação; urethra fungosa, hemorrhagia. O doente urina em jacto muito fino.

Dia 20.— Tentativa infructifera de sondagem pelo Dr. Monat e Conselheiro Pertence, chamado em conferencia. Resolve-se praticar no dia seguinte a urethrotomia externa sem conductor.

Retenção de urina. Receitou-se aconitina, atropina, sulfato de quinina, banhos.

Dia 21. — Convidado pelo Dr. Monat para ajudar á operação, fui de manhã á casa do doente, que estava muito nervoso e agitado em virtude da impossibilidade absoluta em que se achava de urinar. Encarregado pelo medico assistente de tentar o catheterismo, emquanto esse não chegasse, consegui após algumas tentativas levar uma vela calibre 4 até á bexiga, ficando a vela em permanencia e resolvendo-se depois praticar no dia seguinte a electrolyse com o instrumento de Jardin. O doente urinou bem com a sonda na urethra e da operação resultou uma dilatação franca do canal.

Uma especie de catheterismo, que antigamente era adoptada e preconisada por muitos cirurgiões para o tratamento da retenção de urina, quando ligada a estreitamentos, rupturas da urethra e obstaculos prostaticos, é o catheterismo forçado.

Esta operação brutal e perigosa está hoje quasi inteiramente abandonada, em virtude dos accidentes graves a que dá logar e deveria ser banida *in-limine*. Entretanto, Mayor e Boyer, que derão seus nomes aos dous processos por elles inventados, acreditárão ter achado nessa operação um tratamento heroico das retenções e dos estreitamentos e aconselharão-na contra toda e qualquer coarctação urethral. O cirurgião de Lausanne tomava de instrumentos de estanho, cylindricos, calibrosos e pesados e ia empregando catheteres tanto mais grossos, quanto mais estreito era o aperto da urethra.

Que este processo, que dentro de pouco tempo despertava horror e medo aos doentes do Hotel-Dieu e do Hospital

de S. Luiz, quasi sempre abria falsos caminhos, não póde causar admiração. Em muitos casos tambem, Mayor não se preoccupava em evitar o caminho falso, pelo contrario elle procurava romper uma brecha bem larga para aproveital-a como um novo canal urinario!

Boyer fazia o catheterismo forçado com sondas metallicas, conicas e um pouco curvas. Seu processo tem, além da perfuração, o defeito, que seu auctor mesmo confessa.

A operação exige uma longa pratica e grande experiencia e mesmo o mais exercitado não está livre de praticar caminhos falsos. Além disso a operação é excessivamente dolorosa e o estreitamento se reproduz com rapidez.

Basta lembrar os resultados deploraveis e accidentes, que o catheterismo forçado acarreta—dôr, hemorrhagia, perforação de urethra e prostata, infiltração urinosa, septicemia, abscessos e morte immediata—para condemnar e repellir essa operação como um attentado á vida do proximo.

Léon Labbé diz sobre essa operação o seguinte:

« Cette opération brutale où le chirurgien traverse en aveugle des tissus souvent indurés, sans suivre avec certitude la direction de l'urèthre, donna cependant les résultats les plus déplorables, et M. Monod, alors interne de Dupuytren, a cité des exemples nombreux de fausses routes à la suite desquelles les malades avaint promptement succombé. Nous ne la considérons que comme une opération d'amphithéâtre. Personne aujourd'hui ne s'exposerait à blesser inutilement la prostate et à produire des désordres considérables dans la région périneale, quand il est possible de recourir à des procédés auxquels on ne peut reprocher que d'être d'une exécution longue et souvent difficile. »

De grande utilidade para o tratamento da retenção é uma variedade de catheterismo a que Brainard deu o nome de *catheterismo retro-urethral*, tambem chamado *catheterismo*

retrogrado. Esta operação deve ser precedida pela puncção hypogastrica da bexiga, feita com trocater grosso e curvo. Segura-se a canula com os tres primeiros dedos da mão direita e leva-se a extremidade vesical atraz da face posterior da symphyse pubiana, para baixo, até esbarrar no orificio posterior da urethra. Depois de algum exercicio essa fixação do instrumento no sphincter vesical é bem apreciavel ao tacto. Em seguida introduz-se pela canula uma sonda de calibre limitado, que progredindo de traz para diante, indicará vantajosamente o orificio posterior da urethra, nos casos de estreitamento infranqueavel em que se tem de praticar a *urethrotomia* externa.

CAPITULO X

Da puncção da bexiga

Definição. Indicações. Puncção rectal, perineal, sub-pubiana, hypogastrica. Puncção hypogastrica com trocater grosso e canula de demora. Modus operandi. Consequencias e inconvenientes da operação, meios de obvial-os. Apparelho de Dittel. Puncção e aspiração com apparelho de Dieulafoy ou de Potain. Canula em permanencia. Observações.

Dá-se o nome de puncção da bexiga ou paracentese vesical a uma operação, que consiste no esvasiamento da urina contida na bexiga, por meio de um trocater, que se faz penetrar nesse orgão. E' uma operação puramente palliativa, porque não remove directamente um processo morbido; traz, porém, allivio immediato de um symptoma, que põe a vida do doente em perigo.

Mas toda retenção de urina deve ser combatida pela puncção vesical? De certo que não. Suas indicações estão bem definidas. De modo geral póde-se dizer que a operação é indicada toda a vez que se trata de um doente affectado de uma retenção completa e aguda, que não cede aos meios brandos,

á medicação descripta no capitulo VIII, havendo impossibilidade absoluta de levar á bexiga uma sonda. Assim acontece nas seguintes circumstancias:

1.º Em virtude de um estado inflammatorio tão intenso da mucosa urethral, que torne impraticavel a introducção de um catheter.

Não vimos ainda praticar a puncção nessas condições, mas o caso póde dar-se, principalmente quando por uma mão não adestrada fôrão feitas tentativas infructiferas de sondagem, determinando lesões da parede urethral ou mesmo falsos caminhos. Ahi o perigo imminente de uma infiltração urinosa constitue um elemento, que deve levar o cirurgião a não hesitar um momento em praticar a puncção, operação que, na grande maioria dos casos, é innocente.

2.º Em virtude de um estreitamento organico.

Já tivemos occasião de mostrar que uma coarctação urethral, mesmo consideravel, permitte durante muito tempo ainda a passagem da urina, mas que subitamente, por uma causa qualquer, como retenção voluntaria prolongada, impressões moraes, excessos de diversas ordens etc., se dá um engorgitamento tal no ponto estreitado, que este se torna infranqueavel não sómente á urina, como tambem aos instrumentos. O que nos serve ter em um caso desses a convicção de que verdadeiramente não se trata de um estreitamento infranqueavel em absoluto, se a bexiga se acha superdistendida ou se ameaça o apparecimento do cortejo symptomatico de uma cystite aguda?

3º. Nas retenções determinadas por hypertrophia e tumores heteroplasticos da prostata, que invadem ou comprimem o canal da urethra.

4.º Na retenção incompleta dos estreitamentos, que são relativamente franqueaveis para a urina, mas que obstão á passagem do catheter. Em taes condições a urina sahe pelo

meato urinario, mas tão deficientemente, que acima da symphyse se sente o globo vesical e não se consegue praticar o catheterismo. Esta medicação, longe de levar a um abuso a puncção da bexiga, tem, pelo contrario, por fim, não deixar o cirurgião illudir-se pelo facto da urina ser emittida aos poucos pela urethra, o que póde conduzil-o a tomar uma attitude espectativa, em vez de lançar mão de uma intervenção prompta, desde que essa retenção incompleta venha acompanhada por phenomenos de cystite, elevação de temperatura, frequencia de vontade de urinar e irritação vesical.

5º. Nas rupturas da urethra, quando ha imminencia de infiltração urinosa e uremia, como acontece nos traumatismos do perineo (quedas de escanchado).

Sobre as indicações 2.º e 4.º já se tem discutido muito e pergunta-se, se não é melhor dar a preferencia a processos operatorios, que, além de preencherem a indicação da retenção de urina, satisfação ao mesmo tempo á indicação causal, removendo a coarctação urethral.

Kœnig, por exemplo, prefere nesses casos abrir a urethra atraz do estreitamento pelo processo de Roser ou fazer a urethrotomia externa, naturalmente sem conductor. Os apologistas da urethrotomia argumentão do modo seguinte: Para que fazer a puncção da bexiga, que só remove o symptoma retenção, mas deixa o estreitamento intacto, que mais tarde sempre reclamará uma urethrotomia externa? Se, por conseguinte, em estreitamentos relativamente impermeaveis sobrevem retenção, faça-se logo uma operação, que cure radicalmente a coarctação e abra o caminho normal á urina. Este argumento seduz, não ha duvida, mas oppõem-se a elle tres considerações de certa gravidade.

A primeira é que a puncção da bexiga influe sobre a permeabilidade da coarctação. Desta maneira, diz Thompson a urethra é, por assim dizer, posta a secco, visto como a urin

não lhe chega mais e pouco tempo depois póde-se introduzir um catheter N.º 2, 3 e 4, emquanto que antes nem o N.º 1 atravessava o estreitamento. Em segundo logar não ha comparação entre a puncção hypogastrica e a urethrotomia externa, quanto á difficuldade da execução e quanto á gravidade. A puncção hypogastrica é, com poucas excepções, uma das operações typicas mais faceis, que quasi nunca falha. Da urethrotomia externa deve-se dizer que ella é uma das mais difficeis, da qual nos casos graves nunca se sabe de antemão se dará resultado. A puncção da bexiga por si só é isenta de perigo e a ferida que ella produz cura-se espontaneamente; pelo contrario a urethrotomia ou a casa perineal são operações, que por via de regra constituem ponto de partida de complicações graves, e a cicatrização completa, que ás vezes falha, exige mezes a fazer-se.

A terceira objecção, que fazemos em favor da puncção, é que a urethrotomia não acarreta uma cura radical do estreitamento, que forçosamente reincide.

Por estas razões parece-nos pois, que, nas indicações 2.º e 4.º que acima estabelecemos, a puncção hypogastrica não póde ser eliminada em favor da urethrotomia.

Depois de termos estabelecido as indicações da operação, vejamos de que maneira ella deve ser executada e a qual dos processos devemos dar preferencia. O caminho do exterior para a bexiga póde ser aberto pelo recto, pelo perineo, pela região sub-pubiana e pela hypogastrica.

Puncção rectal. — Esta operação foi praticada pela primeira vez por Fleurant em 1750. Não nos deteremos em fazer o seu historico e em insistir no seu processo operatorio, porquanto nos parece hoje uma operação inutil e perigosa pelas consequencias, que muitas vezes acarreta. Entre os cirurgiões inglezes ella ainda está em grande

voga ; assim mesmo, Thompson só a pratica quando se trata de um individuo com paniculo adiposo muito desenvolvido, quando o globo vesical não faz saliencia no hypogastro e quando se sente fluctuar a bexiga atravez da parede anterior do recto. Guyon proscreve este processo em absoluto e nosso mestre Dr. Pereira Guimarães diz a proposito della o seguinte :

« Esta puncção póde dar logar a abscessos no septo, a infiltrações urinarias, e o que é peior, a fistulas vesico-rectaes. Têm-se dado factos em que as materias stercoraes passavam para a bexiga e a urina para o recto.

« Quando a urina passa para o recto, póde succeder que o doente tenha um desejo imperioso de evacuar, que é obrigado a satisfazer immediatamente.

« Accresce que nesta operação póde ser ferida a prostata, principalmente nos velhos, em razão da grande difficuldade que ha em alcançar com o dedo a bexiga, que se acha acima desse orgão. Depois os inconvenientes, que traz uma sonda dentro do recto, provocando tenesmos e embaraçando o andar, são consideraveis. »

Discordamos, porém, em um ponto, da opinião de nosso mestre, que reserva ainda duas indicações para essa operação: 1°, um desenvolvimento consideravel do tecido adiposo na parede do ventre ; 2°, retracção e adherencias da bexiga atrás do pubis. No primeiro caso póde-se seguir o processo aconselhado por Thompson, que divide os tecidos acima da symphyse na linha mediana até á linea alba, aprofundando depois com toda a cautela a incisão até chegar á bexiga, que depois de fixada é aberta pela introducção do trocater.

A operação nesses casos ainda é facilitada pela introducção no recto d'um kolpeurynter.

No segundo caso é preferivel seguir o conselho de Kœnig, que acima citámos.

Puncção perineal.—Esta operação expõe a prostata, os vasos seminiferos, o recto e as rêdes venosas da região a serem compromettidos ; a bexiga póde não ser attingida e a canula nesse logar não póde ficar em permanencia. Casos ha, nos quaes, após esta puncção ainda é preciso repetil-a acima do pubis, verificando-se a necessidade de deixar a canula por algum tempo (Linhart).

Puncção sub-pubiana.—Foi Voillemier, que executou esta operação pela primeira vez e que lhe attribuio grandes vantagens. Basta dizer que é uma operação, que ninguem faz ; não sómente pelas difficuldades, que sua execução offerece como tambem porque não evita a lesão do plexo de Santorini.

Puncção hypogastrica.—O apparelho instrumental compõe-se de um trocater, que deve ser curvo, como já foi indicado por Frei Cosme, de um tubo de caoutchouc, que se adapta á extremidade da canula, e que é munido na sua extremidade livre de uma pequena rôlha de madeira ou de borracha vulcanisada. Fitas estreitas e fio servem para fixar a canula á bacia. A curvatura do trocater é necessaria porque a bexiga em virtude de suas condições anatomicas, no estado de vacuidade, desce e aquella parte, que não se acha revestida pelo peritoneo, e que deve ser compromettida pela puncção, vae até a parte média da symphyse. Dittel dá preferencia ao trocater curvo de Deschamp, munido de uma canula dupla. O doente acha-se em decubito dorsal, estando o operador ao lado direito. Antes da operação convém raspar os pellos do pubis e tratar o campo operatorio segundo as regras da antisepsia.

Em seguida o operador determina bem a posição e limites da bexiga repleta, que deve exceder pelo menos alguns centimetros o rebordo da symphyse.

Feito isto, o cirurgião colloca a ponta do index esquerdo acima do bordo superior da symphyse, na linha mediana, e

applica a ponta do trocater verticalmente, 4 millimetros acima do logar marcado pelo dedo da mão esquerda, sobre a parede adbominal, depois de ter segurado o cabo do instrumento com a mão direita. Atravessa-se então de uma vez os tegumentos do ventre e a parede vesical. Desde que a ponta do trocater não encontra mais resistencia, faz-se progredir a canula até acharse bem no centro da cavidade da bexiga.

Retira-se em seguida o trocater, que se substitue pela canula interna, munida do tubo de caoutchouc e dirige-se todo o apparelho para o fundo da bexiga. A urina começa immediatamente a escoar-se pela extremidade livre do tubo, deve-se ter, porém, a cautela de deixar a bexiga esvasiar-se lentamente e com interrupção para que as contracções vesicaes sejão proporcionaes á diminuição do espaço intravesical. No caso contrario as paredes do orgão formão dobras para o interior e predispoem a catarrho agudo e hemorrhagias. Recommenda-se ao doente que esvasie sua bexiga de 4 em 4 horas, guardando todo o asseio possivel.

Havendo necessidade de submetter o reservatorio urinario a um tratamento local, este póde ser feito pela canula.

A dôr causada pela puncção é pouco sentida pelo doente e não está em relação com os soffrimentos agudos determinados pela retenção. Não se dá hemorrhagia nem reacção febril.

A puncção hypogastrica estabelece um canal, que no começo, isto é, quando a bexiga ainda se acha repleta, tem uma direcção vertical e cuja extensão corresponde á espessura da pelle, do tecido cellular sub-cutaneo, da linha alva e da parede vesical. Mas desde que a bexiga se acha em estado de vacuidade, ella desce para o fundo da bacia e retrahe-se ao mesmo tempo, diminuindo todos os seus diametros. Por essa occasião affasta-se a ferida vesical da ferida abdominal

e o canal occupado pela canula tomará uma direcção obliqua augmentando sua extensão.

Esse canal artificial cicatriza com a maior facilidade desde que se retire a canula, mesmo no fim de um ou dous mezes. Se, porém, o instrumento ficou de demora durante um anno ou mais, as paredes do canal revestem-se de uma membrana de tecido conjunctivo, que começa a formar-se nas granulações existentes nas duas extremidades, isto é, na bexiga e na pelle. Nestas condições persiste após a retirada da canula uma fistula vesico-abdominal, que póde permanecer por muito tempo.

A puncção hypogastrica, é, pois, uma operação sem perigo, de execução simples, facil e segura. Não se póde negar, é verdade, que debaixo de certas circumstancias ella póde tornar-se muito difficil, e que no apparelho urinario podem desenvolver-se estados secundarios, capazes de comprometter os resultados beneficos da puncção.

Assim acontece quando ha espessamento consideravel das paredes abdominaes, em virtude de um paniculo adiposo muito desenvolvido ou de infiltração hydropica e quando houve hemorrhagias traumaticas.

Uma das accusações, que se tem feito á puncção hypogastrica para desacredital-a, é que ella dá logar á infiltração urinosa. Dizia-se que a urina sahia pela ferida da bexiga para insinuar-se nos tecidos perivesicaes por entre a canula e os bordos da ferida, o que não é exacto. Se a ferida é fresca, a canula é comprimida em todos os sentidos pelos tecidos, que atravessou, e não dá espaço ao escoamento da urina, senão através do caminho aberto da canula. No fim de alguns dias, porém, essa compressão concentrica cede, e a canula move-se no canal toda vez que o doente muda de posição, dando logar a que a urina possa agora passar ao lado da canula. Mas nesta época o canal da puncção já apresenta uma superficie

uniforme e liza, alterada pelas granulações, que começão a formar-se, e que obstão á absorpção dos principios septicos da urina. Mas póde em todo o caso acontecer que em virtude de um movimento durante os primeiros dias, a canula se desloque, a bexiga se contraia e venha a expellir a urina pelo orificio da puncção. Por isso, é necessario fixar-se bem a canula desde que essa deve ficar em permanencia. Outro inconveniente vem a ser a difficuldade na conservação do asseio e a posição do doente, que é obrigado a conservar sempre o decubitus dorsal, e, á menor tentativa de occupar uma posição lateral, a canula faz um movimento de rotação, descrevendo a extremidade vesical um circulo dentro da bexiga, a ponta roça a mucosa vesical, irrita e occasiona dôr. Esses inconvenientes perturbão o repouso e o somno do doente, dão logar a catarrho vesical, escoriações e ulcerações da mucosa, cystite e nephrite que esgotão as forças do enfermo. Levado por estas considerações, Dittel inventou um apparelho, que não sómente evita todas essas complicações, mas ao lado de todas as condições de asseio, permitte ao doente mover-se á vontade. Esse apparelho é constituido por um tubo de caoutchouc vulcanisado, sufficientemente comprido para que o olho, que se acha em sua extremidade apenas esteja no interior da bexiga. A' outra extremidade do tubo está adaptado um disco de caoutchouc endurecido, de 4 centimetros de diametro, tendo no centro uma pequena esphera ôca, que se continúa para baixo com um tubo vesical e para um lado com um tubo de borracha molle e curto, munido de uma rôlha, e que dá sahida á urina accumulada no interior da bexiga.

Por meio de uma cinta especial fixa-se esse apparelho á bacia, impedindo qualquer deslocamento. O doente mesmo póde retirar o tubo de borracha da bexiga á vontade para limpal-o ou substituil-o por outro, porque no fim de algum tempo o canal da puncção tem-se transformado em um

trajecto fistuloso com paredes resistentes, permittindo com toda a facilidade a introducção ou retirada do instrumento.

Esse apparelho parece-nos prestar serviços preciosos nos prostaticos inveterados, que não permittem o catheterismo. Por via de regra, porém, não ha necessidade ou indicação de deixar após a puncção hypogastrica uma canula em permanencia por muito tempo. Então lança-se mão de um meio, hoje completamente vulgarisado por causa da sua inocuidade e facilidade de applicação, queremos fallar da puncção capillar seguida de aspiração pneumatica. Puncciona-se a bexiga por meio de um trocater fino ao qual se adapta o tubo aspirador de um dos apparelhos de Dieulafoy ou de Potain, faz-se o vacuo e a urina escôa-se com toda a facilidade, lenta e gradualmente. Evacuada a bexiga, póde-se proceder de duas maneiras : ou deixa-se a canula no logar e adapta-se a ella uma sonda de borracha — é este processo que vimos seguir com preferencia o nosso mestre Professor Lima Castro — ou então retira-se a canula para repetir a operação quantas vezes fôr preciso.

Pelo que observámos até hoje, em 5 casos de retenção absoluta, que reclamavão a puncção da bexiga, inclinamo-nos a dar preferencia ao segundo processo, — o das puncções repetidas. Em primeiro logar a canula do aspirador sendo recta, curta e muito fina, não se presta bem a ficar em permanencia ; desloca-se por conseguinte com facilidade, o que, como já vimos, póde dar logar a accidentes. Em segundo logar tratando-se de casos de impermeabilidade da urethra, que são os mais frequentes, a canula não se presta a fazer uma operação de grande utilidade, o catheterismo retrogrado. Assim aconteceu em um caso que passaremos a referir. Finalmente a puncção repetida mantém o doente em melhores condições de asseio e evita a introducção de principios septicos para o interior da bexiga. Tivemos occasião de vêr dous casos nessas

condições, ambos do Dr. Monat; tivemos noticia de casos identicos dos Drs. Bulhões e Crissiuma, não havendo em nenhum delles complicação ou accidente a lamentar.

OBSERVAÇÃO XXIV. **Retenção completa. Estreitamento infranqueavel de urethra. Puncção da bexiga. Urethrotomia externa sem conductor. Peritonite aguda. Morte.**

Manoel Thomaz Branco, 38 annos, portuguez, casado, cocheiro, entrou no dia 26 de Abril para o serviço do Professor Lima Castro para onde é removido de uma enfermaria de medicina do Hospital da Misericordia.

Anamnese.—Referio o doente que teve muitas blennorrhagias e que havia 10 annos começou a urinar com difficuldade.

Ha 4 annos urina gotta á gotta, soffre de muitas dôres quando faz esforços para expellir a urina, já teve retenção absoluta por diversas vezes, mas nunca se operou. Ultimamente sobrevierão-lhe accessos de febre, que elle qualificava de palustres, e retenção completa, pelo que se recolheu ao Hospital.

Status præsens.— O doente apresenta o facies urinario caracteristico, está muito agitado e nervoso. Lingua secca. T. 39°,2, pulso 115. A pelle acha-se coberta de um suor abundante e viscoso, de cheiro francamente ammoniacal. Pelo meato urinario não se escôa uma gotta de urina esquer, a pressão exercida sobre o penis faz apparecer um pouco de pús. A bexiga está dilatada, mas não em gráo tão pronunciado como se podia esperar de uma retenção completa que já durou mais de 48 horas. Pelo toque rectal nada se encontra para o lado da prostata; sente-se, porém, fluctuação vesical. O perineo apresenta-se turgido e doloroso á pressão. Esse exame despertou dôr.

Marcha e tratamento.—Tendo o Dr. Pedro S. de Magalhães e Professor Lima Castro tentado por longo tempo e sem resultado atravessar a urethra, que se achava completamente infranqueavel, resolveu-se praticar a puncção da bexiga, servindo-se o Sr. Dr. Lima Castro para essa operação de um trocater fino e do apparelho de Dieulafoy.

Por esse meio fez-se a extracção de mais de 1500 grammas de urina muito decomposta e fetida, sendo a ultima parte do liquido aspirado constituida por pús. Ficou a canula do trocater em permanencia adaptando-se-lhe uma sonda de Nélaton munida em sua extremidade livre de uma pequena rolha. Receitou-se uma poção com sulfato de quinina, pomada de belladona para ser applicada no perineo e injecções hypodermicas de morphina. A' tarde encontrámos o doente mais calmo, fazendo-se bem o escoamento da urina pela canula. T. 38°. Tentamos de novo passar sondas, porém, inutilmente.

Dia 27. E' impossivel atravessar o estreitamento, mesmo com sondas filiformes, pelo que o Sr. Dr. Lima Castro resolveu intervir para restabelecer a continuidade do canal.

O doente foi chloroformisado e collocado sobre a mesa de operações na posição da talha. Introduzio-se na urethra um catheter canelado curvo até esbarrar de encontro ao obstaculo. O ajudante, encarregado de sustentar esse instrumento, approximando o pavilhão á parede abdominal do paciente, fez com que o bico do catheter tornasse saliente a porção do canal collocada adiante do estreitamento. O Sr. Dr. Lima Castro então praticou na linha mediana do perineo, uma incisão vertical de 5 centimetros mais ou menos a partir da extremidade do catheter.

Dissecando camada por camada, abrio um fóco periurethral, dando sahida á grande quantidade de pús. Depois de uma lavagem antiseptica abundante o operador augmentou o campo operatorio mandando affastar os bordos da ferida para explorar as relações anatomicas da região. Verificou-se então que os tecidos estavão completamente alterados e a urethra desviada para o lado direito. O Dr. Lima Castro tratou de descobrir o orificio posterior, o que constituio o tempo mais demorado e difficil da operação em virtude da perda das relações normaes e da grande extensão da lesão. Fômos encarregados então de tentar o catheterismo retrogrado atravez da canula na bexiga. Não nos foi possivel, porém, realisar essa tarefa, porque a canula era de calibre muito pequeno e recta, de modo que não se deixava approximar do orificio vesical da urethra.

Fizemos então pela mesma canula uma injecção de agua com acido borico na bexiga, para que a sahida do liquido pela ferida perineal indicasse o ponto onde se devia procurar a urethra sã. Mas todo o campo operatorio era por tal maneira desorganisado e crivado de fistulas e caminhos falsos, que nem assim se pôde descobrir o orificio da urethra. Os distinctos Srs, adjunctos da clinica tambem tentárão por longo tempo inutilmente, quando o Sr. Dr. Domingos de Góes, depois de ter feito uma incisão transversal no fundo da ferida, descobrio a 2 centimetros adiante da prostata o orificio posterior e conseguio levar por ahi uma sonda de gomma até á bexiga. Fez-se então a *toillette* do operado e fixou-se a sonda por meio de uma atadura em T. Curativo com iodoformio. Receitou-se sulfato de quinina, 0,50 grammas. A canula foi retirada. Por occasião da visita da tarde encontrámos o doente com todos os symptomas de uma peritonite aguda : temperatura elevada, pulso pequeno e frequente, meteorismo, dôres agudas em todo o abdomen, respiração thoracica, vomitos, etc. A sonda estava no seu logar e a urina se escoava por ella. Renovámos o curativo e fizemos uma injecção hypodermica de morphina. Receitámos, ainda: opio internamente e mandámos applicar uma bexiga de gelo sobre o ventre. Mas os phenomenos aggravarão-se e á meia noite o doente cahio em collapso, fallecendo ás 7 horas da manhã seguinte.

Autopsia.—Congestão hypostatica na parte posterior dos pulmões. Figado e baço augmentados de volume. Coração, grossos vasos e intestinos normaes. Derramamento de um liquido sero-sanguinolento na cavidade peritoneal (200 grammas). Hyperemia do peritoneo, principalmente na vizinhança dos orgãos contidos na bacia.

Grande abscesso extraperitoneal do lado esquerdo da bexiga e recto.

As principaes lesões affectárão o apparelho urinario. Os rins achavão-se em

uma espessa atmosphera de tecido adiposo adherente ás capsulas que apresentavão uma coloração escura.

O parenchyma renal era amollecido, friavel e de uma côr pardacenta escura. Calices e bassinetes dilatados, sua mucosa era grisea amarellada.

Ureteres muito dilatados a ponto de nelles se poder introduzir uma sonda grossa. A bexiga estava retrahida contendo apenas 60 grammas de um liquido turvo e purulento. Suas paredes tinhão uma espessura de mais de um centimetro havendo hypertrophia da tunica muscular. Mucosa urethral fortemente hyperemiada apresentando algumas ulcerações.

A porção prostatica da urethra estava dilatada e sua mucosa alterada e espessa. A porção membranosa estava substituida por um tecido lardaceo, compacto, com pontos friaveis, gangrenados, que se confundia com os tecidos peri-urethraes achando-se por conseguinte a continuidade da urethra completamente interrompida. Da porção cavernosa e da prostatica dirigião-se diversos trajectos tortuosos para aquella porção lardacea, contendo pús. A mucosa da porção peniana estava normal.

OBSERVAÇÃO XXV. — Retenção de urina por queda de escanchado. Puncção da bexiga, repetida. Cura.

O Sr. Dr. Monat foi convidado ha um anno pelo Sr. Dr. A. de Bustamante para extrahir-se urina a um doente que havia 24 horas tinha retenção completa, consecutiva a uma quéda de escanchado.

O paciente achava-se em estado de horrivel excitação, face congesta, vultuoso, pulso cheio, pelle coberta de suor. Tratava-se de um rapaz italiano de 22 annos, pintor, que cahira de um andaime sobre o perineo, com as pernas abertas.

O scroto e o perineo estavão negros por vasta ecchymose. O ventre achava-se distendido, doloroso, a bexiga se desenhava no hypogastro.

O Dr. Bustamante, chamado logo depois do accidente, como cirurgião da Sociedade Italiana de Beneficencia, depois de combater os primeiros symptomas de choque, mandou applicar compressas geladas nas partes contusas e esperou como de justo.

A ruptura da urethra era evidente; havia urethrorrhagia abundante. No dia seguinte o medico assistente tentou passar uma algalia, depois outra e outra; não obtendo resultado exigio que se chamasse um especialista, indicando o nome do Dr. Monat. Este encontrou ainda urethrorrhagia devida á contusão e talvez tambem ás tentativas de sondagem. Como era impossivel realisar o catheterismo, o Dr. Monat praticou uma puncção da bexiga (Dieulafoy) que foi repetida durante 16 dias, duas vezes por dia. O estado geral do doente tornou-se o mais favoravel possivel: cessando a febre no segundo dia depois da primeira puncção. Abcedando-se o perineo, o Dr. Monat praticou largas incisões. A urina começou então a escoar-se por ahi. No fim de uma semana o foco abcedado cicatrizava ficando apenas uma fistula.

Tentou-se então em diversas sessões insinuar uma sonda filiforme até á bexiga conseguindo-se apenas trazel-a até á fistula. O Dr. Monat propôz então e praticou a seguinte operação, que foi realisada com o mais feliz exito. Estando o doente em posição da talha, o distincto cirurgião introduzio pelo meato uma sonda filiforme, cuja extremidade externa fez sahir pela fistula perineal. Incisando então o perineo a partir da abertura da fistula, sem entretanto interessar a urethra, comprehendendo sómente os tecidos periurethraes, descubrio a muito custo a abertura anterior do segmento vesical da urethra.

Feito isto, o Dr. Monat fez penetrar a ponta da sonda, que correu até á bexiga.

Praticou depois a urethrotomia, porque a cicatrização tinha dado logar a um estreitamento cicatricial. Collocada uma sonda de Nélaton em permanencia, deixou-se granular a ferida, no fundo da qual se via a sonda, que só depois de oito dias foi retirada, coberta de pús em virtude da urethrite, provocada pela sua presença. O doente ainda foi sondado durante algum tempo e restabeleceu-se de todo.

CAPITULO XI

Do tratamento das retenções nos estreitamentos de urethra

Dilatação gradual. Tratamento medico. Estreitamentos franqueaveis e infranqueaveis. Das operações reclamadas pelos estreitamentos. Observação.

Já vimos em outro capitulo que no curso de um estreitamento o accidente retenção reveste-se de tres fórmas differentes. No principio da molestia, isto é, quando a coarctação urethral ainda não é consideravel, ha apenas retardamento da micção ou retenção passageira á qual os doentes não ligão grande importancia, habituando-se a ella. Entretanto já neste periodo aproveita um tratamento conveniente para evitar a manifestação de uma retenção completa, que, mais dia menos dia, terá de apparecer. Deve-se nesses casos recorrer á dilatação gradual, que será acompanhada de uma medicação apropriada e dos cuidados hygienicos, que já apontámos em outro logar. A dilatação gradual será feita de preferencia com catheteres de Beniqué.

A retenção completa geralmente sobrevem em individuos, que já soffrem 10 a 12 annos de estreitamento. Mas já

vimos casos em que esse accidente apparecia muito antes, depois de tres annos de molestia, ou menos. A causa determinante para seu apparecimento é, como já dissemos, muito variavel, havendo por via de regra um trabalho congestivo ou inflammatorio. A therapeutica por conseguinte terá em vista combater os estados de inflammação e congestão e de abrir caminho á urina por meio de uma operação. Deve-se recorrer por conseguinte em primeiro logar ao tratamento medico e aos meios brandos de que fallamos, a saber, o opio, chloral, os purgativos, banhos, cataplasmas e sanguesugas. Estas são indicadas quando se trata de individuos moços, fortes e sanguineos. Na maioria dos casos obtem-se por estes meios a evacuação espontanea da bexiga. Se esta não se fizer, recorrer-se-ha ao catheterismo evacuador.

Temos ahi tres hypotheses a considerar: ou se trata de um estreitamento relativamente largo e então se retira a urina com facilidade, ou de uma coarctação consideravel, que apenas admitte uma vela filiforme, ou finalmente teremos de encarar um estreitamento chamado infranqueavel, em que é absolutamente impossivel introduzir uma sonda sem perigo de fazer caminhos falsos. Muitos auctores em cuja frente se acha Thompson, dizem que a obstrucção completa da urethra, ou a impossibilidade de atravessal-a pela sonda, são excessivamente raras, e embora o principio de Syme seja verdadeiro em theoria, que toda a urethra pela qual ainda passa uma gotta de urina, permitte tembem que com paciencia e cuidado se chegue a introduzir um instrumento, não podemos deixar de admittir casos, e entre nós esses casos são bastante frequentes, em que devemos recorrer a outros meios cirurgicos, a não ser o catheterismo, para extrahir a urina.

Figuremos a segunda hypothese, isto é, a de um doente, que apresenta retenção aguda, devida a estreitamento em que conseguimos a muito custo introduzir uma sonda capillar.

Nestas condições haverá duas maneiras de proceder: ou opera-se immediatamente ou deixa-se a vela em permanencia para operar mais tarde. Da vantagem da sonda em demora nessas condições já fallámos. Tendo á mão sondas conductoras que se adaptem aos instrumentos de Lefort, Holt, Maisonneuve ou Jardin, póde-se aproveital-as para depois de sua introducção, atarrachar-lhes os respectivos dilatadores ou catheteres e praticar, conforme as indicações de cada caso, a divulsão, a urethrotomia interna ou a electrolyse. Não é aqui o logar, nem o nosso problema comparar esses processos operatorios entre si e fazer sua descripção e critica. Não damos preferencia a qualquer desses processos sobre os outros em absoluto, porque em clinica todo tratamento depende das indicações especiaes de cada caso.

Vejamos agora de que maneira deve o cirurgião proceder para remover a retenção e prevenir sua reincidencia nos casos em que não é possivel levar uma vela até á bexiga. Antigamente (Hunter, Vidal de Cassis) praticava-se nessas condições a operação da casa, que consiste em fazer uma incisão no perineo sobre o canal da urethra e atraz do estreitamento. Por conseguinte este modo de intervir era puramente palliativo.

Hoje todos prefererem fazer a puncção da bexiga desde que não queirão praticar logo uma operação, que ao mesmo tempo, além de remover a retenção, cure o estreitamento (*Vide* pag. 93). Sendo assim, tem-se escolha entre a operação de Roser e a urethrotomia externa sem conductor. A primeira consiste como a operação da casa, na abertura da urethra atraz do estreitamento, isto é, geralmente no fim da porção membranosa ou no começo da porção prostatica. Por meio de uma incisão extensa na linha mediana do perineo, podendo ir até o bordo da abertura anal, põe-se a urethra a descoberto e incisa-se esta em uma extensão, que permitta a introducção do dedo. O

escoamento da urina então se faz, e como não ha necessidade de dividir o sphincter, a urina póde até ser eliminada voluntariamente. Por meio desta ferida leva-se em seguida uma sonda fina de traz para diante atravez do estreitamento, e no caso disso não ser exequivel, incisa-se a porção estreitada sem conductor (Kœnig).

A urethrotomia externa é uma operação de difficil execução, não porque ella é feita sem conductor, mas por causa da grande difficuldade do segundo tempo, que exige o descobrimento da abertnra posterior, como o prova o caso da Observação XXIV.

A operação de Syme tambem é uma urethrotomia externa, mas não tem indicação immediata para a retenção de urina, porque desde que o estreitamento admite um instrumento do calibre do catheter cannelado de Syme, claro é, que tambem se póde fazer o esvasiamento da bexiga ou operar pela urethrotomia interna ou divulsão. Entretanto estas duas operações não estão sempre indicadas, como succede nos estreitamentos traumaticos em que o tecido cicatricial é muito duro e occupa uma grande extensão. Sendo preciso nestas condições praticar um largo desbridamento, impõe-se a indicação da urethrotomia externa com conductor. Os defensores deste processo apontão ainda a vantagem de que a cura se mantem mais duradoura, porque a mucosa urethral pelo processo cicatricial é puxada para a pelle, obstando desta fórma á retenção.

OBSERVAÇÃO XXVI.—Retenção completa. Puncção da bexiga. Fistula urinaria urethro-perineal. Obliteração do canal da urethra na extensão de cerca de um centimetro, no ponto immediatamente acima do trajecto-fistuloso. Urethrotomia externa e urethrotomia interna. Cura.

M. C. de Oliveira, solteiro, pardo, livre, de 25 annos de edade, brazileiro, residente na freguezia dos Mendes, entrou para a enfermaria de cirurgia do Hospital

da Misericordia, a cargo do Professor Lima Castro, no dia 5 de Maio de 1884, indo occupar o leito n. 30.

Anamnese.—Esse individuo referio que na vespera, de manhã, estando a trabalhar em uma estação da estrada de ferro D. Pedro II, fôra alcançado e lançado a grande distancia por um trem, que passava nessa occasião ; que a queda violenta lhe causára multiplas lesões e grave incommodo consistindo na impossibilidade de urinar, funcção, que não era exercida havia mais de 24 horas, desde a occasião em que se dera o accidente.

Status præsens. — O doente é de temperamento lymphatico e constituição fraca, apyretico, lingua bôa. A bexiga achava-se enormemente distendida, tornando-se muito saliente no hypogastro ; sahia pelo meato pequena quantidade de sangue ; o perineo estava um pouco turgido e pastoso, com uma pequena escoriação no epiderma ; a temperatura local dessa região era um pouco elevada, o que foi verificado pela applicação da mão. Das outras lesões, que esse doente apresentava, era a mais grave um vasto ferimento contuso do pé esquerdo com esmagamento de tres artelhos, lesão essa, que mais tarde reclamou a amputação da perna no logar de eleição. Nesta observação, porém, só fallaremos da affecção do apparelho urinario, porque ella sómente entra no quadro de nossa dissertação.

Marcha e tratamento.—*Maio* 5.—Tendo sido totalmente infructiferas as tentativas destinadas a introduzir pela urethra uma sonda até á bexiga, não conseguindo ella attingir senão até um pouco acima do bulbo, foi feita pelo Professor Lima Castro a puncção hpyogastrica da bexiga por meio do apparelho de Dieulafoy, que deu sahida a grande quantidade de urina muito alterada. A canula do aspirador ficou em permanencia, durante seis dias, no reservatorio urinario, sendo por ella que se escoava constantemente a urina ; e afim do doente não ficar com as suas vestes imbebidas deste liquido, adaptou-se á extremidade externa dessa canula, uma sonda molle de gomma elastica, no intuito de levar a urina para um vaso collocado ao lado do doente.

5 *a* 11 *de Maio*.— Durante estes dias tentou-se quotidianamente, e sempre em vão, levar uma sonda até á bexiga.

Dia 12.— Perineo muito saliente e francamente fluctuante. Temperatura elevada. Collocado o doente na posição da talha perineal, foi feita pelo Professor Lima Castro uma longa e profunda incisão no perineo, em sua linha mediana, a qual permittio a sahida de notavel quantidade de sangue liquido e coagulado, e ainda de pús e urina muito alterada. Havia no perineo uma vasta cavidade cujas paredes erão constituidas por tecidos tão alterados, que era difficil precisar anatomicamente os pontos, que tinhão sido destruidos pelo traumatismo, parecendo porém, que o bulbo da urethra fôra tambem interessado, não só pela grande quantidade de sangue coagulado, como ainda pelo facto da incisão, tendo cahido sobre o ponto em que devia achar-se o bulbo, não ser seguida da hemorrhagia abundantissima, que costuma complicar a secção cirurgica, daquella porção do canal da urethra, que é extremamente vascular. Tentando-se depois da operação mais

uma vez levar uma sonda até á bexiga, isso não foi possivel, porque a ponta esbarrava sempre de encontro aos tecidos, sem nunca conseguir insinuar-se na parte profunda do canal, que ficava entre a incisão perineal e o collo vesical.

Depois da operação foi retirada a canula da região hypogastrica e adaptada em seu ponto de entrada uma pequena cruz de Malta de sparadrapo.

Desde esse dia, o doente começou a urinar pela fistula perineal, que foi lentamente diminuindo de extensão, até apresentar-se sob a fórma de um pequeno orificio, onde apenas se podia introduzir a extremidade de uma sonda de gomma elastica.

Julho 1°.— Neste dia o Dr. Domingos de Góes, que tinha tomado conta da enfermaria, tentou fazer sahir pela fistula perineal uma sonda introduzida pelo meato e vice-versa, isto é, procurava se introduzindo uma vela filiforme pela fistula, podia fazel-a percorrer toda a porção peniana do canal até surgir no meato.

A primeira dessas tentativas, que foi repetida em dias consecutivos cerca de vinte vezes, nunca deu o menor resultado, chegando o bico das sondas empregadas, sobretudo das metallicas, até um centimetro acima da fistula. Por outro lado foi relativamente facil levar uma sonda de gomma elastica, introduzida pelo orificio posterior da urethra, da fistula até á bexiga.

O canal da urethra deste doente se achava pois obliterado logo acima da fistula, na extensão de um centimetro; a parte do canal, comprehendida entre o trajecto fistuloso e o collo da bexiga, era franqueavel, e seu gráo de estreitamento pouco pronunciado. Ora, sendo assim, não era possivel restabelecer a continuidade de toda a urethra por meio de um dos processos, que exigem a introducção prévia de uma sonda conductora, como a urethrotomia interna de Maisonneuve, divulsão de Lefort, urethrotomia externa de Syme ou electrolyse. Impunha-se, pois, como unica indicação a preencher, a urethrotomia externa sem conductor, operação essa, que o Dr. Domingos praticou no dia 11 de Julho, procedendo da seguinte fórma:

Collocado o doente na posição da talha perineal, foi introduzida pelo meato uma sonda metallica de pequeno calibre e de grande curvatura até o ponto da urethra, que ella pôde attingir. Um ajudante manteve o catheter verticalmente e na linha mediana. Então o operador fez uma pequena incisão na urethra, de fóra para dentro, exactamente sóbre a extremidade da sonda, a qual se sentia atravez dos tecidos, retirando-a depois desde que se via no fundo da incisão, pela qual insinuou um estylete afim de vêr se podia fazel-o sahir no trajecto fistuloso, que se achava a um centimetro abaixo, o que porém não conseguio. Prolongando então um pouco a incisão e dissecando um pouco lateralmente, o Dr. Domingos praticou a excizão de grande porção de tecido fibroso, que obliterava a urethra. Depois disto foi introduzido pelo meato uma sonda de gomma n. 8, fazendo-a sahir pela ferida perineal e dahi sua extremidade vesical foi levada atravez da urethra posterior até á bexiga. Essa sonda ficou de demora. Procurando-se por duas vezes substituil-a, a introducção de nova sonda na parte profunda da urethra causava grandes difficuldades, indicando que entre os dous orificios da urethra, que se achavão acima e abaixo da fistula perineal, havia algum obstaculo constituido por granulações recentes, consecutivas á urethrotomia externa. Por essa razão o Dr.

Domingos,no dia 17 de Julho praticou a urethromia interna com o melhor resultado, conseguindo levar logo apoz a operação uma sonda n. 18 até á bexiga, ficando ella em permanencia e sendo substituida de dous em dous dias. A ferida perineal cicatrizou com rapidez e desde o dia em que se retirou a sonda de demora, o doente podia urinar exclusivamente pelo meato, obtendo alta no dia 29 de Agosto.

CAPITULO XII

Tratamento das retenções ligadas ás affecções prostaticas

As indicações therapeuticas varião conforme o estadio da molestia. Importancia do diagnostico para o tratamento. Prophylaxia no primeiro periodo. Catheterismo evacuador repetido. Perigo do esvasiamento completo da bexiga. Catheterismo e puncção. Tratamento dirigido contra a causa da retenção, a hypertrophia da prostata. Medicação e tratamento cirurgico. Da prostatite aguda.

Pelo que ficou exposto no capitulo III a marcha da hypertrophia da prostata comprehende tres estadios, que convem discriminar. No primeiro tempo da molestia trata-se simplesmente de um estado irritativo com congestões, não revelando o tocar rectal mais que um pequeno augmento da glandula e podendo a bexiga esvasiar-se completamente. No segundo estadio sobrevem a paralysia da bexiga com retenção incompleta; finalmente no terceiro e mais grave, temos paralysia, atonia e ectasia com retenções completas, sem contar as complicações mais ou menos sérias, que dahi resultão.

Um tratamento racional, que nesta affecção infelizmente só póde ser palliativo e preventivo porque a hypertropia da prostata não se cura, deve ser assentado sobre um diagnostico bem estabelecido relativamente ao gráo da molestia. Para esse fim devem ser tomados em consideração tres factores: os symptomas subjectivos, o estado local da prostata e o estado da bexiga.

O primeiro factor refere-se essencialmente á vontade de urinar e já tivemos occasião de dizer que no primeiro estadio

predomina a micção nocturna, que constitue um symptoma muito precioso; no segundo estadio a frequeneia das micções é quasi a mesma durante o dia como á noite; no terceiro, o da retenção completa, com distensão da bexiga, a attenção deve ser dirigida mais sobre o estado geral: o doente, que durante muito tempo passava relativamente bem, apresenta alterações em sua nutrição, queixa-se de muita sêde, lingua secca, embaraço gastrico e mesmo febre, constituindo assim o symptoma da intoxicação urinosa chronica, que tantas vezes conduz á morte.

A prostata nem sempre fornece dados certos e positivos sobre o gráo de adiantamento da molestia, porque, como já vimos, seu tamanho em absoluto não está em relação com a intensidade dos symptomas. Ella desenvolve-se, como é sabido, tanto para o recto como para a urethra e a bexiga.

O desenvolvimento para o recto é diagnosticado pelo tocar rectal, na segunda hypothese o catheterismo, feito com sondas de gomma olivares, revela o estado da porção prostatica da urethra e seus desvios. De summa importancia pratica, porém, é a exploração da bexiga. A proposito della Guyon estabelece e recommenda a regra de verificar, antes de lançar mão da sonda exploradora, pela apalpação combinada, se a bexiga se esvasia completamente ou se ha estagnação de urina.

O exame bimanual, diz elle, estando o doente em decubito dorsal e aproveitando movimentos respiratorios profundos, fornece quasi sempre os esclarecimentos desejados. Em periodos adiantados da molestia não é preciso tanto, visto como o simples aspecto da região hypogastica faz reconhecer a bexiga repleta e proeminente.

No primeiro estadio o papel da therapeutica é limitadissimo.

Verificado que a bexiga se esvasia pela micção, o catheterismo não tem razão de ser, póde até ser prejudical pela

cystite, que tantas vezes acarreta. O tratamento limita-se nesse estadio a medidas de dieta e de hygiene, alimentação leve, temperatura constante, exercicio moderado, desembaraço intestinal, hydrotherapia e uma vida tranquilla e moderada.

Internamente convém dar calmantes brandos, tonicos e os balsamicos, como essencia de therebentina e sandalo. Thompson não vê vantagem nesta medicação. Mesmo se já houver um ligeiro catarrho vesical, não ha indicação para o uso das aguas mineraes, que facilmente podem augmentar a irritação e provocar a retenção. Eis o que convem fazer relativamente á prophylaxia da retenção dos prostaticos.

Muito differentemente, porém, será a maneira de proceder desde o momento em que já existe paralysia ou atonia da bexiga. Nesse caso a indicação essencial consiste em esvasiar o mais completamente possivel o orgão, podendo-se fazer ao mesmo tempo lavagens brandas, proporcionaes á capacidade e gráo de irritação da bexiga. Se a musculatura ainda conserva alguma tonicidade, bastão estes meios para fortifical-a ao ponto de fazer voltar a molestia para o primeiro estadio. Na hypothese contraria, isto é, havendo já retenção completa, póde-se pelo menos prevenir o terceiro periodo, o mais grave.

Para esse fim é preciso recorrer ao catheterismo evacuador repetido, recommendando-se ao doente que aprenda a praticar essa operação em si mesmo.

Porém o problema mais difficil a resolver-se é o tratamento no ultimo periodo da molestia.

A' primeira vista parece que a indicação mais imperiosa fosse delivrar a bexiga de sua carga exagerada, mas é isso justamente o que se deve evitar, porque os doentes nesse periodo adiantado da molestia apresentão muitas vezes um estado geral lisongeiro *na apparencia*, nem sequer se julgão doentes apezar de estarem quasi com um pé no tumulo e desde o momento em que se procede a um esvasiamento rapido e

completo da bexiga, manifestão-se symptomas turbulentos; inevitavelmente sobrevêm cystite e hematuria; em seguida calefrios, febre e decadencia rapida. Por conseguinte, em vez de curar ou melhorar o estado do doente, pelo contrario o aggravamos seriamente. Em todos os casos, pois, em que o estado geral ja annuncia a imminencia de uma intoxicoção urinosa, é preciso a maior cautela para não compromettermos artificialmente ainda mais o prognostico, já desfavoravel em si. Sendo, porém, o estado de forças realmente bom, devemos sempre intervir, mas com toda a circumspecção; nunca deve-se então retirar a massa total de urina contida na bexiga. No primeiro catheterismo, que convem ser feito com uma sonda fina e elastica (se o estado da prostata o permittir) apenas dá-se sahida a 100 grammas de liquido. Lenta e progressivamente a quantidade da urina extrahida será augmentada e só no fim de alguns dias proceder-se-ha a um esvasiamento completo. Não se póde esperar, entretanto, que a bexiga tão compromettida em suas funcções e estructura, como a de um prostatico inveterado, volte ao estado de integridade. Os doentes nessas condições sempre serão sujeitos ao uso do catheter.

Mas que fazer, se a urethra se acha de tal modo comprimida ou desviada pelo augmento da prostata, que não é absolutamente possivel praticar o catheterismo? Recorra-se então á puncção da bexiga com canula em permanencia, observando as mesmas cautelas, que são exigidas na pratica do catheterismo: não esvasiar logo de uma vez a bexiga.

No estado actual infelizmente ainda deve-se considerar como utopia—a cura radical da hypertrophia da prostata; em primeiro logar, porque a molestia não affecta exclusivamente a glandula, mas todo o apparelho urinario; em segundo logar, apezar dos progressos realisados na cirurgia moderna, a extirpação total e parcial da prostata é ainda uma operação gravissima, que além de não garantir resultados,

predispõe enormemente ás hemorrhagias graves, á suppuração, infiltração urinosa e septicemia.

O tratamento interno por meio das preparações de iodo, assim como as applicações topicas sobre o perineo e a parede do recto e as velas medicamentosas introduzidas na urethra, não têm dado resultado algum. As injecções parenchymatosas de tintura de iodo e iodureto de potassio, aconselhadas por Heine, parecem prometter resultados mais satisfactorios, mas o pequeno numero dos casos observados e communicados não permitte ainda tirar uma conclusão sobre a efficacia desse tratamento. Socin aconselha tambem experimentar as injecções intersticiaes de ergotina.

Dos meios, que actuão mecanicamente, mencionamos além do catheterismo, o instrumento de Physick, que não é outra cousa senão uma sonda elastica, munida em sua extremidade de um pequeno sacco, que, depois de introduzido na porção prostatica da urethra, é distendido por meio de uma injecção d'agua.

Além disso tem-se empregado os lithotridores, que actuão pelo affastamento dos dous ramos como dilatadores da porção prostatica. Procura-se ainda comprimir a glandula por meio da extensão forçada da porção prostatica, fortemente encurvada pelo augmento da prostata, o que se obtem ou por uma sonda molle, na qual se introduz um forte mandarim de aço sem curvatura, ou pelos instrumentos de Tanchon e Mercier (*redresseur*, *depresseur*).

A intervenção operatoria apenas é indicada quando pela proeminencia de um lobulo polypiforme da prostata, o obstaculo á micção e ao catheterismo se tornar completo. Nestas condições a extirpação da parte saliente, precedida da talha hypogastrica, dará resultado.

Em outras affecções da prostata apenas tivemos occasião de observar a retenção sobrevindo á prostatite aguda suppurada.

OBSERVAÇÃO XXVII.—Retenção. Prostatite suppurada. Estreitamento da urethra. Puncção do abcesso prostatico. Electrolyse. Cura.

I. P. C., 42 annos, branco, portuguez, casado, encadernador, morador á travessa das Flores n. 8.

Anamnese.— O doente refere que antes de ser casado tivera diversas blennorrhagias em virtude das quaes sobreviera mais tarde um estreitamento de urethra do qual foi operado ha oito annos pelo Dr. Figueiredo Magalhães.

Que dessa época em diante sempre urinou bem e sem difficuldade embora o jacto se tornasse um pouco mais delgado do que anteriormente. Notou no dia 26 de Setembro proximo passado, após resfriamentos e excessos venereos, o apparecimento de dôres ano-perineaes, que se irradiavão para o baixo ventre, região lombar e face interna das coxas. Além dissso sensação de peso, impossibilidade de andar, latejamento e tenesmos.

Estes phenomenos accentuarão-se mais na vespera sendo o doente accommettido á tarde de calefrio e febre e querendo á noite urinar, não o conseguio apezar de todos os esforços empregados, pelo que mandou chamar o Dr. Monat.

Status præsens.—O doente é de temperamento lymphatico e constituição regular. Elle acha-se em estado de grande agitação, geme e pede intempestivamente que o fação urinar. Temperatura elevada, 105 pulsações por minuto, pelle e lingua seccas, muita sêde.

Tumor fluctuante no hypogastro, dando som escuro á percussão. Pelo toque rectal sente-se na parede anterior um tumor, do tamanho de uma noz, com fluctuação pouco franca, muito doloroso á menor pressão. Temperatura local muito elevada.

Prescreve-se repouso absoluto, banhos de assento, mornos e prolongados e uma cataplasma emolliente sobre o perineo.

Marcha e tratamento.— 29 *de Setembro de* 1884. Tivemos occasião de ver o doente pela primeira vez na tarde deste dia, acompanhando a visita do Dr. Monat, que levára sondas para explorar a urethra e esvasiar a bexiga, se fôsse preciso. Encontrámos o doente no mesmo estado como de manhã. O Dr. Monat procurando levar á bexiga sondas de diversas grossuras não o conseguio por causa de um estreitamento assestado na região membranosa da urethra. Com bastante difficuldade penetrou finalmente uma sonda de Nélaton (10 Charr.) dando sahida a mais ou menos 800 grammas de urina muito fetida e purulenta. A sonda foi fixada e deixada em permanencia.

Prescripção: Sulfato de quinina 1 gramma e limonada sulfurica. Continuar com os banhos mornos. Suppositorios de manteiga de cacáo, pomada de belladona e mercurial.

30 *de Setembro*.—O doente passou mal a noite e queixou-se principalmente de tenesmos. Retira-se a sonda e substitue-se por outra do mesmo calibre. A fluctuação prostatica é mais manifesta. Continúa a mesma medicação do dia anterior. Quatro sanguesugas na margem do anus.

1º *de Outubro*.— Durante a noite tinha havido abundante hemorrhagia rectal A febre continúa. O doente urinou bem pela sonda, que é retirada. Sendo agora a fluctuação franca e muito superficial e não permittindo o estreitamento a introducção de um catheter metallico para tentar abrir caminho ao pús para a urethra, pratica-se a puncção do abscesso pelo recto. Esta operação foi executada com um trocater fino e seguida da aspiração por meio do apparelho de Potain. Deu-se sahida a 60 grammas de pús extremamente fetido. Lavagens phenicadas. Rp. sulfato de quinina 0,60 para tomar de uma vez. Suppositorios de iodoformio.

2 *de Outubro*.— O doente dormio bem durante a noite. Melhoras sensiveis. Está apyretico e todos os phenomenos dissiparão-se. Urinou bem sem sonda. Continúa com os banhos e suppositorios. Levantou-se no dia seguinte. Só tornei a ver o doente no dia 7, em que foi operado, com bom resulado, do estreitamento pela electrolyse (polo negativo). Esse doente mezes depois queixou-se de uma fistula.

CAPITULO XIII

Tratamento das retenções traumaticas

Clinicamente as rupturas traumaticas da urethra se dividem em benignas, de gravidade mediana e graves. Os recursos operatorios consistem no catheterismo, puncção da bexiga e incisão perineal. A sonda em permanencia deve ser evitada. Vantagens e desvantagens da puncção. A incisão perineal simples é uma operação mais palliativa que curativa. O melhor methodo de tratamento consiste na incisão seguida da busca do orificio urethral posterior. Ruptura da bexiga. Observação.

Guyon estabelece para o tratamento das retenções de urina por traumatismos perineaes tres cathegorias e distingue casos benignos, de gravidade mediana e os graves. Elle considera benignos os casos em que a micção se faz e sem dôr ou quando os embaraços da micção são passageiros.

A perda de sangue pelo meato é diminuta e o tumor perineal pouco apreciavel. Póde-se sondar o doente com facilidade porque a ruptura da urethra não é completa e a parede superior ficou intacta e guia a sonda.

De mediana gravidade são os casos em que a micção é logo difficil e dolorosa. A passagem da urina produz ardencia na urethra e a bexiga se esvasia incompletamente. A urethrorrhagia é abundante depois do accidente e persiste. O tumor perineal póde deixar de apparecer immediatamente, mas não tardará a se manifestar.

Finalmente são qualificados de — graves — aquelles casos em que a ruptura da urethra é completa, a micção de todo impossivel, havendo ao mesmo tempo consideravel hemorrhagia pela urethra e tumor perineal volumoso, sendo impossivel o catheterismo.

Quaes são os meios para prevenir e combater a retenção de urina nesses casos e de que maneira deve comportar-se o cirurgião? Temos ao nosso dispôr o catheterismo, a puncção da bexiga, a incisão simples do perineo e a incisão com busca da extremidade posterior da urethra e applicação de uma sonda em permanencia.

Nos casos benignos, isto é naquelles em que a micção se faz espontaneamente, devemos estar de sobreaviso, porque de repente uma retenção completa póde sobrevir transformando o caso em grave. Temos pois a obrigação de prevenir esse accidente? Mas de que maneira? Collocando uma sonda em permanencia? A' primeira vista esse modo de proceder parecerá o mais razoavel e muitos cirurgiões seguem essa pratica.

Demarquay, por exemplo, diz que nas feridas contusas da urethra a collocação de uma sonda permanente constitue a primeira obrigação do cirurgião. Da mesma maneira

exprime-se Voillemier: « A primeira indicação therapeutica a preencher deve, portanto, ser: prevenir este accidente, collocando uma sonda permanente na bexiga. Esta precaução seria talvez superflua em alguns casos simples, porém é impossivel reconhecel-os á primeira vista de um modo certo. »

Mas ha, ao nosso vêr, uma objecção séria a fazer-se contra essa pratica. O catheter não póde ser considerado como instrumento aseptico; pelo contrario, quando a infecção da ferida urethral ainda não se fez antes do emprego do catheter, geralmente ella se fará após o uso do instrumento e como consequencia teremos a lastimar o apparecimento de complicações sérias, como os phlegmões perineaes. A sonda permanente facilita ainda essa infecção, porque dá constantemente accesso franco aos germens septicos impedindo por outro lado a eliminação dos productos inflammatorios, que por ventura se tenhão formado. Além disso a clinica demonstra que o catheter em permanencia nem sempre é uma garantia contra o accidente, que mais se receia: a infiltração de urina. Naturalmente o que acabamos de dizer não se refere ao emprego do catheter em geral. Para obviar a retenção já existente, sempre ter-se-ha de recorrer á algalia e como tratamento exclusivo reservamos-lhe os casos de contusão urethral simples, complicada de retenção.

Esta ultima será tratada pelo catheterismo, regularmente repetido até que pela resorpção ou organisação do sangue derramado cesse a pressão exercida sobre o canal da urethra, restabelecendo-se a micção normal.

Mas desde que se verificar pela urethrorrhagia do meato que se trata de uma solução de continuidade das paredes internas do canal da urethra, o catheterismo repetido, sómente tem indicação nos casos em que elle se póde fazer sem difficuldade. Então, porém, ter-se-ha de fiscalisar cuidadosamente a temperatura e o tumor perineal, porque elevação da primeira e

phenomenos inflammatorios do segundo serão a indicação formal para a incisão do perineo.

Nos casos, porém, de retenção completa, em que o catheterismo falhar, devemos recorrer á puncção da bexiga com aspiração. Mas como a puncção é uma operação palliativa e temporaria, ella será executada sómente quando a retenção de urina fórma uma indicação momentanca e urgente. Verdade é, que a aspiração é muito menos nociva do que tentativas repetidas de catheterismo, mas tambem ella não póde ser elevada á cathegoria de tratamento exclusivo, como o tem feito ultimamente Mollière, que, após traumatismos perineaes com retenção, pratica duas vezes por dia a puncção vesical sem importar-se com o estado do perineo, tendo de praticar mais tarde na maioria dos casos a incisão perineal por causa dos abscessos e phlegmões, que ahi se formavão. (*Vide* Obs. XXV.)

Resta-nos, pois, estudar a incisão simples do perineo e a incisão seguida da procura do orificio posterior da urethra. A primeira operação pela qual se dá sahida franca á urina e aos productos septicos da caverna perineal, satisfaz, é verdade, ás indicações mais urgentes, porque remedeia a retenção de urina e abre o fóco purulento, que tantas desordens póde causar. Porém sua acção therapeutica sobre a lesão urethral é nulla completamente. Por conseguinte, a unica operação, que nas retenções por lesão traumatica da urethra posterior preenche do melhor modo todas as exigencias, é a urethrotomia externa, cuja execução será tanto mais facil, quanto mais cêdo fôr posta em pratica. König e Volkmann demonstrárão que as alterações locaes nos casos recentes embaração muito menos o cirurgião do que mais tarde, quando os tecidos pela inflammação e modificeção consecutiva se achão profundamente alterados.

As condições dos ferimentos da urethra podem ser comparadas áquellas das arterias em feridas contusas: na ferida recente é relativamente facil achar o vaso, emquanto que no

caso contrario a ligadura da arteria ás vezes se torna impossivel.

Kaufmann, comparando os resultados obtidos pelos diversos methodos de tratamento de ruptura da urethra, estabelece a seguinte estatistica: Em 91 casos de incisão perineal immediata restabelecerão-se 83 doentes (91,21 $^{0}/_{0}$), fallecendo 8 (8,79 $^{0}/_{0}$). A mortalidade dos doentes tratados pela puncção da bexiga é de 19,04 $^{0}/_{0}$, e a da sonda em permanencia 13,63 $^{0}/_{0}$. A incisão fornece, pois, a menor mortalidade.

Por isso nos parecem de todo o cabimento as palavras de Guyon:

« Pratiquer immédiatement l'urethromie externe sans conducteur, telle est, messieurs, la conduite que nous vous engageons à suivre sans hésiter et d'emblée, en presence d'un cas grave de rétention traumatique ; telle est celle encore qu'il convient d'adopter en face des cas de moyenne gravité, pour peu qu'un mouvement fébrile, qu'un empâtement périnéal vous autorisent a soupçonner une infiltration urineuse commençante. »

De gravidade incontestavelmente maior são as retenções devidas ás rupturas da bexiga, cujo diagnostico nem sempre é facil logo após o traumatismo. Em virtude do perigo, que acarreta o extravasamento da urina na cavidade peritoneal, quer nos parecer que o tratamento mais racional, talvez, consista em praticar a talha hypogastrica com o fim de fazer a asepsia do peritoneo, suturar a bexiga e eventualmente estabelecer uma bôa drainagem.

Os bons resultados que ultimamente se tem obtido pela sutura da bexiga quando esse orgão foi accidentalmente aberto por occasião de uma ovariotomia ou extirpação total do utero, fazem-nos acreditar que esse tratamento possa ser posto vantajosamente em pratica com o fim de impedir a infiltração de urina na cavidade abdominal. O Dr. Sonnenburg

communicou em 28 de Janeiro de 1885 á Sociedade de Medicina de Berlim um caso de ruptura de bexiga intra-peritoneal em que elle praticou a laparotomia.*

Tratava-se de um individuo de 36 annos, robusto, que cahira em uma escada, ficando sem sentidos. Horas depois queixou-se de violenta vontade de urinar sem poder emittir uma gotta de liquido. Pelo catheter extrahirão-lhe primeiramente um pouco de sangue o depois 4 litros de urina. Vinte e quatro horas depois do accidente esse doente foi visto no hospital pelo relator, que encontrou o seguinte: sensibilidade do ventre á pressão e algumas ecchymoses acima da symphyse. A probabilidade de haver uma fractura, foi excluida.

O catheterismo foi facil, extrahindo-se 1000 grammas de urina. Se estes phenomenos fallavão em favor de uma lesão vesical, não se podia ainda firmar definitivamente o diagnostico de ruptura. O estado geral era bom, P. 80. Suppondo que se tratasse, talvez de ruptura extra-peritoneal e parcial, observou-se a expectativa. No dia seguinte, porém, o quadro symptomatico já era outro. P. 140. O relator resolveu intervir e praticou a laparotomia na *linea alba*. Depois da incisão do peritoneo sahio um liquido urinoso. As alças intestinaes apresentavão-se avermelhadas havendo indicios de uma peritonite incipiente. A parede vesical posterior apresentava desde o fundo até o collo uma fenda entreaberta. O estado do doente era tal, que não se podia prolongar a narcose. A sutura vesical não foi possivel fazer-se. Fez-se então uma lavagem cuidadosa da cavidade abdominal e a tentativa de completar a *toilette* do peritoneo pela drainagem. Nos dias seguintes o pulso apenas era sensivel e as extremidades frias. O sensorium estava intacto e o doente sentia-se melhor.

Não havia vontade de urinar e o liquido sahia em parte

* *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1885, n. 6.

pela ferida abdominal, em parte pelo meato. No 3° dia depois da operação tornou-se a sentir o pulso, sendo a temperatura normal.

As melhoras progredirão. Evidentemente o perigo de uma peritonite estava um pouco affastado. No 6° dia, porém, manifestarão-se os primeiros symptomas de infiltração urinosa, fallecendo o paciente no 8° dia. A autopsia revelou que a peritonite tinha retrogradado, mas a infiltração tinha invadido toda a bacia.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

Da electrolyse medico-cirurgica

I

A electrolyse consiste na decomposição de um tecido por meio de uma corrente continua.

II

Ella tem sido empregada com successo no tratamento dos aneurismas, de certos tumores e dos estreitamentos organicos da urethra.

III

O polo negativo é de maior força electrolytica do que o positivo.

CADEIRA DE CHIMICA MINERAL E MINERALOGIA

Do iodo e seus compostos

I

O iodo é um metalloide.

II

As reacções do iodo são caracteristicas. A formação do chamado iodureto de amido serve para revelar quantidades minimas.

III

Os compostos de iodo são numerosos não só com os metalloides, como tambem com os metaes. Delles o acido iodhydrico tem sido empregado para resolver problemas importantes de synthese.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICA

Do homem prehistorico

I

Hoje não resta duvida de que o homem existio no periodo quaternario ; foi coevo do grande urso, do mammouth, do tigre das cavernas, especies desapparecidas da superficie da terra.

II

Têm-se dividido os homens fosseis em dous grupos : o dolichocephalo e o brachycephalo. O craneo de Neanderthal e o craneo fossil do Museu Nacional figurão no primeiro grupo.

III

Os caracteres essenciaes dos craneos, pertencentes á raça de Canstadt, são o grande desenvolvimento das arcadas supraorbitarias, a diminuta altura da abobada, sua fórma allongada e a proeminencia da região occipital.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

Phenol e acido salicylico

I

O phenol e o acido salicylico, embora pertencentes a funcções chimicas diversas, se achão filiados á serie aromatica, derivada da benzina.

II

As reacções caracteristicas destes dous corpos são á primeira vista identicas.

III

A reacção do perchlorureto de ferro é permanente com o acido salicylico e instavel com o phenol. O azotato de mercurio produz com ambos colorações vermelhas, mas com o phenol a quente, ao passo que com o acido salicylico a côr vermelha já se manifesta a frio.

CADEIRA DE HISTOLOGIA THEORICA E PRATICA

Relações entre as cellulas e as fibras nervosas

I

As cellulas nervosas communicão com as fibras por meio de seus prolongamentos, dos quaes um é indiviso (prolongamento de Deiters) que constitue o cylinder-axis da fibra.

II

As cellulas nervosas da terceira camada do cortex cerebral tem uma fórma pyramidal, cujo vertice é voltado para a superficie da circumvolução e cuja base é voltada para a parte profunda,apresentando esta no meio um prolongamento, que constitue o cylinder-axis da fibra.

III

As fibras nervosas, que fazem communicar as massas cinzentas dos centros nervosos, constituem os tres systemas de projecção de Meynert. Os dous primeiros destes systemas são formados por fibras intrinsecas ; o terceiro por fibras extrinsecas.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

Circulação cerebral

I

Existem dous systemas de circulação arterial no encephalo, o carotidiano e o vertebral. O segundo fórma um systema portal.

II

A relação de continuidade entre as veias intra-craneanas e as extracraneanas explica a propagação de inflammações do couro cabelludo para as meningeas.

III

As obstrucções de arterias cerebraes demonstrão a existencia de departamentos circulatorios independentes, apezar das anastomoses multiplas na base do encephalo e na sua convexidade.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

Da innervação cardiaca

I

O coração é inervado pelo pneumo-gastrico e pelo grande sympathico.

II

O pneumo-gastrico tem acção moderadora, o grande sympathico tem acção acceleradora.

III

O coração possue em seu tecido um apparelho nervoso ganglionar constituido pelos ganglios auto-motores de Remak, Bidder e Ludwig.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

Das auto-infecções

I

A nutrição resulta sempre do concurso harmonico da absorpção e da depuração, ligadas uma á outra pela circulação.

II

A observação tem mostrado que qualquer perturbação nas funcções depurativas, secretora e excretora, é seguida de perturbações, ás vezes gravissimas, na absorpção e na nutrição em geral.

III

As auto-infecções resultão dessa perturbação nas funcções depuradoras ; donde absorpção e infecção do organismo por productos excrementicios.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

Da tuberculose

I

A tuberculose é uma molestia infecciosa, de origem parasitaria, produzida pelo bacillus tuberculi.

II

Este parasita que é verificado pelos diversos processos de coloração, quando é encontrado, constitue um elemento importante e seguro para o diagnostico dessa molestia.

III

O virus tuberculoso é introduzido no organismo pelas mucosas gastro-intestinal e pulmonar assim como por qualquer solução de continuidade dos tegumentos externo e interno.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

Febre amarella

I

A febre amarella é uma pyrexia de typo sub-continuo, infecto-contagiosa, caracterisada por symptomas ataxo-adynamicos, hemorrhagias e vomitos mais ou menos escuros; anatomicamente por congestões e degenerescencias frequentes dos parenchymas glandulares, figado, rins e consecutivamente albuminuria e colloração amarella da pelle e conjuctivas oculares.

II

Na febre amarella quanto maior fôr a falta de parallelismo entre o pulso e a temperatura, tanto mais se aggrava o prognostico da molestia.

III

A anuria é uma complicação, que compromette de um modo insolito o prognostico do typho emericano, trazendo sempre como desfecho a morte do doente.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA ESPECIALMENTE BRAZILEIRA

Medicação revulsiva

I

Revulsivos são os agentes, com o auxilio dos quaes se provoca uma irritação local, com o fim de deslocar uma irritação morbida qualquer.

II

Os revulsivos dividem-se segundo a sua acção em rubefacientes, vesiculantes, pustulantes e estimulantes.

III

Os principaes revulsivos empregados são: a mostarda, a resina de thapsia, a pimenta, principalmente a malagueta, as cantharidas, o ammoniaco, o oleo de croton e o tartaro stibiado.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

Ferimentos por armas de fogo

I

Os ferimentos por arma de fogo são essencialmente contusos.

II

O orificio de entrada é em geral menor e mais regular que o de sahida.

III

Salvo contra-indicações, deve ser cuidadosamente verificada a presença de corpos estranhos na ferida.

CADEIRA DE ANATOMIA CIRURGICA, MEDICINA OPERATORIA E APPARELHOS

Estudo critico da lithotricia classica e da lithotricia de Bigelow

I

Apezar da anathesia profunda na operação de Bigelow e apezar da acção do chloroformio sobre as paredes vesicaes, não ha perigo que estas sejão apprehendidas pelos ramos do lithotridor.

II

O apparelho urinario supporta mais facilmente o traumatismo unico, embora grande, da lithotricia de Bigelow

do que os pequenos traumatismos multiplos da lithotricia classica.

III

Apezar da maior frequencia dos spasmos, incontinencia e retenção de urina após a lithotricia de Bigelow, estes accidentes não podem contrapôr-se a esta operação porque são facilmente combatidos.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

Eclampsia

I

A eclampsia é uma molestia convulsiva, que se manifesta antes, durante e depois do parto.

II

A verdadeira eclampsia parece ser devida a uma intoxicação uremica consecutiva á insufficiencia funccional dos rins.

III

O chloroformio conveniente e opportunamente empregado é o medicamento mais efficaz, para prevenir, abortar e combater os ataques.

CADEIRA DE PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

Estudo chimico-pharmacologico das Renunculaceas medicinaes

I

O Aconitum napellis L., da familia das Renunculaceas, contém um verdadeiro alcaloide, eminentemente activo, a *aconitina*, além de um principio volatil acre, acido aconitico e um oleo graxo.

II

A aconitina é encontrada em todos os orgãos da planta; em maior quantidade na raiz. Nas pharmacias encontra-se em dous estados: amorpha (aconitina de Hottet), crystallisada (aconitina de Duquesnel).

III

A alcoolatura, a tintura da herva, o extracto de raizes seccas constituem as melhoras preparações, comquanto não sejão sempre comparaveis entre si em razão de variarem com a origem da planta.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

Da asphyxia, seus meios e signaes

I

Os medicos legistas chamão asphyxia á morte apparente ou real por submersão, suspensão, suffocação, estrangulação, compressão das paredes thoraco-abdominaes, reclusão em um meio de ar confinado ou de gazes mephyticos.

II

Só se póde diagnosticar a causa da asphyxia pelo conjuncto das lesões encontradas e não por um signal thanatognomonico.

III

A morte dos asphyxiados dá-se por diversos mechanismos.

CADEIRA DE HYGIENE E HISTORIA DA MEDICINA

Dos hospitaes do Rio de Janeiro

I

Nenhum dos hospitaes do Rio de Janeiro satisfaz as exigencias da hygiene moderna.

II

A grande frequencia das molestias do apparelho respiratorio, intercurrentes, nos doentes do Hospital da Misericordia, corre por conta do pessimo systema de ventilação.

III

O serviço mixto de gynecologia e obstetricia na Maternidade da Faculdade de Medicina é um erro imperdoavel contra os preceitos de hygiene hospitalar.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DE ADULTOS

Rupturas da urethra, condições pathogenicas e tratamento

I

As rupturas da urethra o mais das vezes são produzidas por traumatismos, que actuão sobre o perineo.

II

Os recursos do tratamento cirurgico são multiplos: catheterismo, puncção da bexiga, incisão perineal, urethrotomia externa.

III

Graves desordens, quer locaes, quer geraes, se seguem á ruptura da urethra; pelo que o cirurgião deve intervir de um modo prompto para prevenil-as.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA DE ADULTOS

Do diagnostico e tratamento do tabes dorsalis

I

De grande importancia para o diagnostico do tabes é a falta do reflexo rotuliano.

II

Quando o tabes é de natureza syphilitica o tratamento especifico deve ser instituido.

III

Os factos clinicos demonstrão que a electricidade aproveita muito no tratamento da sclerose dos cordões posteriores.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DE ADULTOS

Do tratamento cirurgico dos aneurismas da aorta

I

A ligadura até hoje não tem dado resultado satisfactorio no tratamento cirurgico dos aneurismas da aorta.

II

A eletropunctura constititue um methodo de tratamento de pouco valor e é hoje quasi abandonada.

III

A operação de Bacelli é indicada sómente nos aneurismas sacciformes.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Ars longa, vita brevis, occasio præceps, experimentum fallax, judicium difficile.

(Sect. I, Aph. 1).

II

Natura corporis est in medicina principium studii.

(Sect. II, Aph. 7).

III

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisite optima.

(Sect. I, Aph. 4).

IV

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

(Sect. II, Aph. 2).

V

Febrim convulsioni supervenire melius est quam convulsionem febri.

(Sect. II, Aph. 26).

VI

Quibus disparatæ sunt urinæ, iis vehemens est in corpore turbatio.

(Sect. VII, Aph. 33).

Esta these está conforme os estatutos.

Faculdade de Medicina, 7 de Outubro de 1887.

Dr. José Maria Teixeira.

Dr. Bernardo Alves Pereira.

Dr. Domingos de Góes e Vasconcellos

TRABALHOS CONSULTADOS SOBRE O ASSUMPTO

F. GUYON........................ *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires* Paris, 1885.

GUIARD........................ *Leçons cliniques sur les maladies de la vessie et de la prostate professées* par F. Guyon. Paris, 1885.

HENRY THOMPSON................ *Die chirurgischen Krankheiten der Harnorgane*, Berlin, 1877.

» » .... *Zur Chirurgie der Harnorgane*, Wiesbaden, 1885.

» » .... *The diseases of the prostate, their pathology and treatment*. London, 1886.

» » .... *Die Tumoren der Harnblase*. Wien, 1885.

» » .... *Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques autres points importants de la chirurgie des voies urinaires*. Paris, 1885.

RELIQUET........................ *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, Paris 1885.

Ch. HORION........................ *Des rétentions d'urine*. Paris 1863.

F. KÖNIG........................ *Lehrbuch der speciellen Chirurgie*, 3e Auflage, Berlin 1881.

ERICHSEN........................ *The science and art of surgery*, Philadelphia 1873.

L LABBÉ........................ *Leçons de clinique chirurgicale*. Paris 1876.

V. SABOIA........................ *Clinica cirurgica do Hospital da Misericordia*. Rio, 1881.

PEREIRA GUIMARÃES............... *Das operações reclamadas pelas retenções de urina*. These de concurso, 1871.

POURRAT........................ *Des troubles urinaires compliquant les tumeurs fibreuses de l'utérus*, Thèse, Paris 1884.

M. ROBERT........................ *Rétention d'urine chez les nouvelles accouchées*. Thèse, Paris, 1882.

GUILLAUME........................ *Traitemente de l'infiltration d'urine*. Thèse. Paris 1884.

MALAQUIAS GONÇALVES........... *Da influencia do traumatismo da uretha sobre o organismo*. These de concurso. Rio, 1881.

LIMA CASTRO........................ *Das operações reclamadas pelas retenções de urina* These. Rio, 1887.

KAUFMANN........................ *Verletzungen und Krankheiten der männlichen Harnröhre und des Penis*. Stuttgart, 1886.

DITTEL........................ *Die Stricturen der Harnroehre*.

CASEAUX........................ *Traité d'accouchements*.

VERNEUIL........................ *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.* Julho 1877.

SPIEGELBERG........................ *Lehrbuch der Geburtshülfe*, Lahr, 1882.

FORSTER........................ *Total obliteration of urethra canal in a new-born child; Brit. med. Journ.* London 1885.

ROSE........................ *Ueber Harnverhaltung beim Neugeborenen, Monatsschr. f. Geburtskunde u. Frauenkrankheiten* Berlin 1865.

VIDAL DE CASSIS................. *Traité de pathologie externe et de médécine operatoire*.

SCHRŒDER........................ *Handbuch der Krankeiten der weiblichen Geschlechtsorgane*. Leipzig, 1884.

DOMINGOS DE G. E VASCONCELLOS. *Apontamentos de clinica cirurgica*, Rio 1885.

HAMAIDE........................ *Sur l'inocuité complète des ponctions aspiratrices répétées de la vessie. Bull. génér. de therap.* 1884.

MAX SCHUELER................ *Ueber die Localbehandlung des chronischen Blasenkatarrhs*, Berlin 1877.

LAUNOIS........................ *Considérations anatomiques et cliniques sur l'appareil urinaire des vieillards*. Thèse inaugurale, 1885.

VOILLEMIER........................ *Maladies des voies urinaires*.

SONNENBURG........................ *Deutsche Medicinische Wochenschrift* : N.° 6, pag. 93, 1885.

CIVIALE........................ *Traité des maladies des voies urinaires*.